



INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

Escola Superior de Tecnologia e Gestão

**MESTRADO EM GESTÃO
RAMO ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**AVALIAÇÃO DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS – O CASO DA ULS DA GUARDA**

Maria Rufina Gonçalves Martinho

outubro 2016

INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

Escola Superior de Tecnologia e Gestão

MESTRADO EM GESTÃO

RAMO ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A AVALIAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – O CASO DA ULS DA GUARDA

Maria Rufina Gonçalves Martinho

Relatório de Atividade Profissional de Mestrado em
Gestão – Ramo Administração Pública realizado sob
orientação do Professor Doutor Constantino Mendes
Rei.

outubro 2016

AGRADECIMENTOS

Ao apresentar este trabalho quero expressar o meu reconhecimento e uma palavra de gratidão a todos aqueles que de alguma forma o tornaram possível.

Aos meus Professores, em especial, ao Orientador deste trabalho, Professor Doutor Constantino Mendes Rei, o meu profundo reconhecimento, pela sua orientação, apoio, incentivo e disponibilidade demonstrada em todas as fases deste trabalho, foi sem dúvida uma ajuda fundamental.

À Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, na pessoa do Presidente do Conselho de Administração, pela receptividade e autorização para a realização deste trabalho.

À minha filha Joana, que em todos os momentos me apoiou, agradeço com um carinho muito especial a presença, a partilha, a compreensão e o incentivo fundamental no desenvolvimento deste projeto.

Ao meu marido, pelos momentos de que o privei da minha companhia. Pela compreensão e apoio que colocou na realização deste trabalho.

À minha grande amiga Maria do Céu pelo seu incentivo neste trabalho e principalmente pela sua amizade.

Às minhas colegas de trabalho e a todos que comigo colaboraram neste trabalho, de uma ou de outra forma, tornando possível a sua realização, o meu profundo agradecimento.

Bem-hajam!

RESUMO

Portugal foi um dos primeiros países europeus a adotar uma estratégia de reforço dos cuidados de saúde primários, através da implementação de uma vasta rede de centros de saúde, com início na década de 70. Desde essa altura, os cuidados de saúde primários têm vindo a assumir um papel cada vez mais relevante no sistema de saúde português, desde logo, pelas suas importantes funções na prevenção da doença e na promoção da saúde.

A atual reforma dos cuidados de saúde primários e, em particular, a reconfiguração dos centros de saúde, pretendem responder mais eficazmente às necessidades das populações, promovendo melhorias na prestação de cuidados de saúde e a racionalização de recursos e estruturas, por meio de uma estratégia de descentralização da gestão de serviços. Neste contexto, o processo de avaliação e contratualização, como instrumentos privilegiados para a melhoria do desempenho da oferta numa lógica de gestão de resultados, assumem um papel determinante.

O conceito de “Clinical Governance”, é cada vez mais uma cultura próativa organizacional, dependente dos canais efetivos de comunicação entre profissionais de saúde e de elevada qualidade de apoio aos profissionais na procura contínua da excelência clínica. Através da gestão clínica as organizações de saúde responsabilizam-se pela melhoria contínua da qualidade e pela salvaguarda de padrões de elevada qualidade de cuidados. Para se chegar a esse ponto é necessário um esforço contínuo de toda a equipa, cuja avaliação, monitorização e procura de soluções são constantes e evidenciáveis.

Assim, com a execução deste relatório pretende-se auxiliar na avaliação à prestação de cuidados de nível primário, que potencie os ganhos em saúde e permita dotar o sistema de melhores estruturas de gestão. Pretende-se que este estudo possa contribuir para melhorar a competitividade organizacional, aumentar a efetividade e a eficiência entre as organizações no geral, mais especificamente os Centros de Saúde da ULS da Guarda.

PALAVRAS-CHAVE

Serviço Nacional de Saúde; Unidade Local de Saúde da Guarda; Cuidados de Saúde Primários; Contratualização; Governação Clínica; Avaliação de Desempenho.

ABSTRACT

Portugal was one of the first European countries to adopt a strategy to strengthen primary health care, through the implementation of a wide network of health centers, starting in the 70s. Since then, the primary health cares have been assuming an increasingly important role in the Portuguese health system, of course, for their important roles in disease prevention and health promotion.

The current reform of primary health care and, in particular, the reconfiguration of health centers, aim to respond more effectively to the needs of populations by promoting improvements in health care and rationalization of resources and structures through a strategy decentralization of service management. In this context, the evaluation process and contracting, as privileged tools for improving supply performance results in management logic, play a decisive role.

The concept of "Clinical Governance" is increasingly proactive organizational culture, dependent on effective channels of communication between health professionals and high-quality support to professionals in the demand continues the clinical excellence. Through the clinical management of health organizations responsible by the continuous improvement of quality and safeguard of high quality care standards. To get to that point requires a continuous effort of the whole team, the evaluation, monitoring and finding solutions are constant and evidenciáveis.

So with the execution of this report is to assist in evaluating the provision of primary level of care that enhances the health gains and allow providing the systems better management structures. It is intended that this study may help to improve organizational competitiveness, increase the effectiveness and efficiency of organizations in general, specifically the Health Centers and ULS ad Guarda.

KEYWORDS

National Health Service; Local Health Unit of the Guard; Primary Health Care; contractualization; Governance Clinic; Performance evaluation.

GLOSSÁRIO

AC – Agência de Contratualização.

ACES – Agrupamento Centros de Saúde.

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde.

ARS – Administração Regional de Saúde.

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro.

CEE – Comunidade Económica Europeia.

CP – Contrato-Programa.

CS – Centro de Saúde.

CSP – Cuidados de Saúde Primários.

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

DR – Diário da República.

GCRCSP – Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

GDH'S – Grupo Diagnóstico Homogéneos.

GEPAG – Gabinete Estatística Planeamento e Apoio à Gestão.

ICPC – Classificação Internacional de Cuidados Primários.

MCDT – Meios Complementares Diagnóstico e Terapêutica.

MCSP – Missão dos Cuidados de Saúde Primários.

NHS – National Health Service.

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

PVP – Preço Venda Público.

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

RRE – Regime Remuneratório Experimental.

SAP – Serviço Atendimento Permanente.

SIARS – Sistema Informação da Administração Regional de Saúde.

SNS – Serviço Nacional de Saúde.

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Partilhados.

ULS – Unidade Local de Saúde.

ULSG – Unidade Local de Saúde da Guarda.

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

USF – Unidade de Saúde Familiar.

USP – Unidade de Saúde Pública.

ÍNDICE GERAL

	Página
AGRADECIMENTOS.....	IV
RESUMO.....	VI
ABSTRAT.....	VIII
GLOSSÁRIO.....	X
ÍNDICE GERAL.....	XII
ÍNDICE DE QUADROS.....	XIV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVI
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XVII
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
1 – OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	7
1.1 – EVOLUÇÃO DO CONCEITO E PROCURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	7
1.2 – EVOLUÇÃO E CARATERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS ...	9
1.3 – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.....	16
1.4 – REFORMA ATUAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	18
1.5 – GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	20
1.6 – A CONTRATUALIZAÇÃO	25
1.6.1 – A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários	26
1.6.2 – Indicadores de Avaliação do Desempenho para a Contratualização	28
PARTE II - CARATERIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO DISTRITO DA GUARDA E DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	33
2 – CARATERIZAÇÃO DO DISTRITO DA GUARDA	35
2.1 – CARATERIZAÇÃO SUMÁRIA E ADMINISTRATIVA	35
2.2 – CARATERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE.....	43
2.2.1 – Unidade Local de Saúde da Guarda.....	43
2.2.1.1 – Enquadramento Legal	43
2.2.1.2 – Missão, Objetivos e Políticas	44
2.2.2 – Prestação de Cuidados de Saúde.....	47
2.2.2.1 – Cuidados de Saúde Primários.....	47
2.2.2.2 – Cuidados de Saúde Hospitalares	50
2.2.2.3 – Cuidados Continuados.....	51
2.2.2.4 – Saúde Pública	51

2.2.3 – Gabinete de Estatística Planeamento e Apoio à Gestão	52
2.2.3.1 – Competências e Composição do Gabinete	52
PARTE III - AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	55
3 – AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	57
3.1 – POPULAÇÃO INSCRITA NOS CLÍNICOS GERAIS	57
3.2 – RECURSOS HUMANOS	58
3.3 – OBJETIVOS DE GESTÃO	59
3.4 – ATIVIDADE GLOBAL	61
3.5 – ATIVIDADE ASSISTENCIAL POR UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS	63
3.6 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO E MELHORIA DA QUALIDADE	80
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXO I: ORGANOGRAMA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA,EPE.	89

ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro n. 1:</i> Distância da Guarda às Sedes de Concelho do Distrito da Guarda	36
<i>Quadro n. 2:</i> Distribuição da População dos diferentes Concelhos da área de influência da ULSG	37
<i>Quadro n.3:</i> Distribuição da População dos diferentes Concelhos e Densidade Populacional...	38
<i>Quadro n. 4:</i> Distribuição Numérica da População por Grupos de Idade	39
<i>Quadro n. 5:</i> Distribuição Numérica da População por Sexo e por Idade	40
<i>Quadro n. 6:</i> Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade por Concelho	41
<i>Quadro n. 7:</i> Índice de Dependência de Idosos por Concelho	42
<i>Quadro n. 8:</i> Registo da População Inscrita nos Clínicos Gerais – Total dos Centros de Saúde	57
<i>Quadro n. 9:</i> Recursos Humanos nos Centros de Saúde	58
<i>Quadro n. 10:</i> Objetivos de Gestão dos Cuidados de Saúde Primários	60
<i>Quadro n. 11:</i> Movimento Assistencial Detalhado – Total dos Centros de Saúde	61
<i>Quadro n. 12:</i> Movimento Assistencial – Indicadores Globais da ULS	62
<i>Quadro n. 13:</i> Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Almeida	66
<i>Quadro n. 14:</i> Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Almeida	66
<i>Quadro n. 15:</i> Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Celorico da Beira.....	67
<i>Quadro n. 16:</i> Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Celorico da Beira.....	67
<i>Quadro n. 17:</i> Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Figueira de Castelo Rodrigo.....	68
<i>Quadro n. 18:</i> Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Figueira de Castelo Rodrigo	68
<i>Quadro n. 19:</i> Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Fornos de Algodres ..	69
<i>Quadro n. 20:</i> Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Fornos de Algodres.....	69
<i>Quadro n. 21:</i> Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Gouveia	70
<i>Quadro n. 22:</i> Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Gouveia	70
<i>Quadro n. 23:</i> Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Guarda.....	71
<i>Quadro n. 24:</i> Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Guarda	71
<i>Quadro n. 25:</i> Movimento Assistencial – Indicadores Globais UCSP Manteigas.....	72
<i>Quadro n. 26:</i> Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Manteigas	72
<i>Quadro n. 27:</i> Movimento Assistencial – Indicadores Globais UCSP Meda	73
<i>Quadro n. 28:</i> Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Meda.....	73
<i>Quadro n. 29:</i> Movimento Assistencial – Indicadores Globais UCSP Pinhel	74
<i>Quadro n. 30:</i> Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Pinhel.....	74
<i>Quadro n. 31:</i> Movimento Assistencial – Indicadores Globais UCSP Sabugal.....	75

<i>Quadro n. 32: Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Sabugal</i>	<i>75</i>
<i>Quadro n. 33: Movimento Assistencial – Indicadores Globais UCSP Seia.....</i>	<i>76</i>
<i>Quadro n. 34: Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Seia</i>	<i>76</i>
<i>Quadro n. 35: Movimento Assistencial – Indicadores Globais UCSP Trancoso</i>	<i>77</i>
<i>Quadro n. 36: Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Trancoso</i>	<i>77</i>
<i>Quadro n. 37: Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Vila Nova de Foz Côa.....</i>	<i>78</i>
<i>Quadro n. 38: Movimento Assistencial – Indicadores Globais USF Ribeirinha.....</i>	<i>79</i>
<i>Quadro n. 39: Movimento Assistencial Detalhado – USF Ribeirinha.....</i>	<i>79</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura n. 1:</i> Mapa do Distrito da Guarda.....	35
<i>Figura n. 2:</i> Organograma da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico n. 1:</i> Pirâmide Etária da Distribuição Numérica da População por Sexo e por Idade....	40
<i>Gráfico n. 2:</i> Pirâmide Etária da População Inscrita nos Clínicos Gerais – Total Centros de Saúde.....	57

INTRODUÇÃO

A globalização dos mercados, a presença das novas tecnologias e a crescente concorrência num mercado único, obriga as organizações a uma mudança rápida e sustentada, pautada pela inovação e diferenciação.

De facto, perante os atuais contextos organizacionais, caracterizados por contínuas e rápidas mutações económicas, tecnológicas e sociais, para se definir políticas de gestão e implementar procedimentos que facilitem o desempenho e a competitividade organizacional, já não se pode adotar modelos clássicos de gestão, mas sim enveredar por novos mecanismos organizacionais (Franco, 2006).

Se hoje é certo que temos o mundo à distância de um simples “clique”, também é certo que as novas exigências que se colocam às organizações se complexificam. O que hoje é atual, amanhã já não o é. O que hoje é conhecimento mediático, amanhã é história. As novas competências que se exigem em processos de produção e comunicação, paulatinamente, são substituídas pela força das novas exigências desta incerteza organizacional (Silva e Fialho, 2006).

Ainda para estes investigadores, o primado das organizações fechadas e auto-suficientes parece estar a entrar nos “anais” da história. Neste clima de incerteza, ganha fundamento a necessidade das organizações se associarem, unirem esforços, delinearem estratégias comuns de atuação, rumo a objetivos individuais e coletivos.

Consequentemente, também a necessidade das organizações atuarem conjuntamente e em colaboração, partilhando os mais diversos recursos, informação e conhecimento, vem fundamentar a tese da necessidade de cooperação interorganizacional. Segundo Franco (1995), as organizações, capazes de competir individualmente apoiando-se exclusivamente nos seus recursos, deixou de ser um caso paradigmático no mundo de hoje.

A concorrência cada vez mais perversa, implica uma cultura organizacional cada vez mais estratégica e de rutura com anteriores modelos organizacionais virados para dentro, em busca de uma economia de escala e com preocupações com as variáveis do meio envolvente (Silva e Fialho, 2006).

Se é verdade que as organizações, em geral, deverão adotar novas formas de gestão, também as organizações de saúde, em particular, o devem fazer.

O setor da saúde está em crescimento e transformação. A despesa crescente em saúde e a necessidade de reestruturação têm sobretudo a ver com a forma como os prestadores de serviços de saúde respondem a mudanças externas, entre outras, na procura, financiamento e tecnologia, e até que ponto as suas respostas requerem formas de organização inovadoras e estratégicas

distintas com vista a prestar serviços de saúde com maior eficácia e eficiência, sem comprometer o seu desempenho (Eiriz e Figueiredo, 2006).

Segundo Frederico e Leitão (1999), as mudanças sociais e tecnológicas que caracterizam a nossa época, bem com a crescente complexidade das estruturas organizacionais conduziram ao imperativo da qualidade. Esse imperativo levou à tentativa de racionalizar a relação custo/qualidade de serviços procurando melhorar a sua eficácia e eficiência. Tais aspetos são extensivos ao campo da saúde, passando a qualidade a ser uma exigência de todos os intervenientes: cidadãos, prestadores de cuidados, gestores e financiadores.

Tendo em conta a quantidade de recursos que o sistema absorve, as organizações de saúde, devem esforçar-se no sentido de encontrar mecanismos que tornem mais eficientes a gestão desses mesmos recursos. Para a prossecução desse objetivo, é importante fornecer às instituições de saúde a possibilidade de utilização de instrumentos de planeamento e de gestão que habitualmente são usados nos outros setores de atividade, nomeadamente ao nível da gestão económico-financeira, dos recursos humanos, do planeamento ou da gestão da produção.

Costa (2005), considera que surgem alguns temas prioritários de investigação na saúde como exemplo o financiamento, a produção, avaliação de desempenho, a eficiência e a qualidade. Em termos de avaliação de desempenho das organizações refere que atualmente se assiste à concordância em utilizar a trilogia de Donabedian: Estrutura, Processo e Resultados.

A necessidade de medir o desempenho de uma unidade de saúde hospitalar, seja a nível económico-financeiro, seja a nível de prestação de cuidados, é genericamente reconhecida, bem como a utilidade do uso de certos indicadores para esse efeito. De facto, os indicadores de gestão, sendo unidades de medida de uma determinada atividade, veiculam informações imprescindíveis para quem tem de avaliar e tomar decisões.

As ações de intervenção sobre a saúde pública são atualmente orientadas pela melhor evidência disponível, ao mesmo tempo integrada com a melhor prática. Isso consegue-se através de Indicadores de Saúde, que não são mais que tentativas de identificar a realidade e as suas dimensões, para que os profissionais da área da saúde, sejam gestores, médicos ou outros, mais facilmente possam assegurar o seu controlo.

Assim, o objetivo deste relatório é alargar o conhecimento sobre este domínio, influenciar de alguma forma a prática profissional e a gestão, neste caso concreto, de organizações de saúde.

Dada a natureza deste relatório, a metodologia escolhida para alcançar o objetivo traçado, foi adotar as duas abordagens (quantitativa e qualitativa) de uma forma complementar. Por outras palavras, numa perspetiva objetivista para o efeito, apresenta-se e construiu-se uma bateria de indicadores de gestão e desempenho ao nível dos cuidados de saúde primários e uma

perspetiva subjetivista para compreender de uma forma mais aprofundada a avaliação da prestação dos cuidados de saúde primários no caso concreto relativamente às unidades de saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda.

O projeto tem a seguinte estrutura, que corresponde também a diferentes fases na sua conceção. Após a introdução, aonde se justifica a importância do tema, os objetivos e metodologia, procede-se na primeira parte, um enquadramento teórico do projeto, apresentando os principais conceitos e problemáticas associadas a esta temática. Faz-se uma descrição da reforma atual dos cuidados de saúde primários, no que diz respeito à contratualização de indicadores de desempenho e à governação clínica e de saúde nos cuidados de saúde primários. Na segunda parte, faz-se a caracterização do Distrito da Guarda, seguida da caracterização da organização de saúde no global e mais especificamente os cuidados de saúde primários (treze Centros de Saúde e uma Unidade de Saúde Familiar). Na terceira parte, fez-se o estudo e avaliação à prestação dos cuidados de saúde primários, a sua atividade assistencial, indicadores contratualizados, avaliação do desempenho e melhoria da qualidade.

Por último, procede-se à apresentação de algumas considerações finais que consistem essencialmente em algumas reflexões sobre a concetualização que envolve a temática e à apresentação da bibliografia consultada e que serviu de base à elaboração deste relatório.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 – OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A estrutura e a organização dos serviços de saúde têm em vista garantir que a população tenha à sua disposição toda a diversidade de cuidados, devendo assentar numa hierarquia técnica de competências, inter-relações e áreas de intervenção bem definidas, compatibilizando, embora, tal necessidade de planeamento com o aumento da liberdade de opção dos utilizadores dos serviços.

Os cuidados de saúde são, por natureza, resultado do trabalho multidisciplinar de profissionais diversos e da intervenção de diferentes níveis de serviços, não tendo os hospitais e centros de saúde qualquer sentido no sistema, senão nesta perspetiva integrada e global.

1.1 – EVOLUÇÃO DO CONCEITO E PROCURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Sabe-se que a saúde é um fator essencial da vida humana e um valor que supera todos os outros ao longo da existência de cada indivíduo na criação de bem-estar, de capacidade de trabalho e de felicidade pessoal. Reconhece-se que a doença é uma situação corporal e espiritual exatamente oposta à de saúde. Mas as noções de saúde e doença não são absolutas e universais, nem alguma vez foram perfeitamente definidas na separação ou distinção das mudanças que ocorrem na passagem de uma para a outra.

Segundo Ferreira (1989), a ideia de saúde e doença corresponde a conceitos gerais em evolução com o progresso dos conhecimentos sobre o funcionamento do organismo humano e com os fatores intrínsecos ou extrínsecos que o afetam, pelo que o seu significado e conteúdo têm sido e continuarão a ser histórica e culturalmente contingentes, pelo menos para as formas mais simples de falta de saúde.

Segundo o mesmo autor, ao longo dos tempos, têm-se desenvolvido ideias culturais diferentes sobre as causas e a natureza das doenças como entidades estranhas opostas à condição natural de saúde. Antropólogos, sociólogos e historiadores têm procurado demonstrar que os conceitos e o comportamento das pessoas e comunidades a respeito da doença e suas causas assentaram sempre no tipo de cultura e ideias religiosas dominantes em cada sociedade. Até épocas recentes, cada sociedade interpretou os estados de saúde e doença à sua maneira e de uma forma simplista. O pensamento nas sociedades civilizadas dos últimos 100 anos passou a ser dominado por interpretações de base racional, ou já de conhecimentos científicos, não só do que será a saúde mas das anormalidades ou alterações patológicas que constituem a doença. O espírito humano foi levado a procurar conhecer o que é a saúde – esse equilíbrio funcional mais ou menos estável de cada organismo num meio ambiente geralmente acompanhado de fatores

desfavoráveis – e a concluir que é mais correto estabelecer um conceito de saúde-doença com graus de manifestação variáveis, quer no aspeto físico, quer no psicológico.

O setor da saúde ocupa, atualmente, um espaço muito visível na nossa sociedade, seja em termos económicos, sociais ou meramente mediáticos. A análise do setor da saúde e a procura de mecanismos que melhorem o seu funcionamento, satisfazendo da melhor forma as necessidades da população, pode também ser vista de um ponto de vista económico. A economia da saúde, como instrumento de compreensão, de intervenção, no campo da saúde e sua organização, tem assumido um crescente papel.

Nesta perspetiva, a quantificação do valor da saúde é um dos aspetos onde a intervenção dos economistas se revela mais polémica, pois envolve frequentemente a quantificação do valor económico da vida humana e da qualidade dessa vida. Antes de analisar o valor económico da vida e da saúde, importa definir o conceito de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1983), a saúde caracteriza-se como “ *um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”.

Esta definição é bastante abrangente, envolvendo também aspetos socioeconómicos, para além da saúde física e mental. A ideia subjacente a esta definição é definir saúde como algo dando oportunidade a um indivíduo de ter uma vida social e economicamente produtiva. Dai a menção não apenas à componente de bem-estar físico e mental, mas também a inclusão da componente de interação e bem-estar social. Quando se fala em valor da vida (ou da saúde), é normal encontrar afirmações como a de “a vida não tem preço”, ou que “a saúde é um valor sem preço”.

De acordo com Barros (2005): “a saúde e a vida têm um valor infinito, é o que se costuma dizer embora seja talvez difícil de o assumir em todas as suas consequências. (...) Em economia, o valor de um bem é o seu custo de substituição. Em Saúde, a vida e a saúde tem um valor infinito, para o próprio e para os seus próximos, isto é numa ótica personalizada. Mas numa ótica populacional o custo de substituição de uma vida é nulo.”

Segundo Matias (1995), a necessidade de cuidados de saúde deverá ser distinguida de procura de cuidados de saúde e de utilização de cuidados de saúde. Assim, está-se perante uma necessidade de consumir cuidados de saúde quando um indivíduo fica doente ou incapacitado, sabendo da existência de tratamento ou cura para a situação em causa, enquanto a procura de cuidados de saúde se manifestará quando um indivíduo considera ter uma necessidade e deseja receber tratamento.

No quadro de um sistema de saúde que é, de fato, um sistema de cuidados, o utilizador tem um papel de iniciador de práticas onde ele é, geralmente quem solicita e um papel de difusor, na

medida em que transporta para o seu meio ambiente, à sua maneira, qualquer coisa da sua experiência da prática de cuidados que vivenciou.

Segundo Ferreira (1989), a procura evolui hoje sob o efeito das transformações de diversos determinantes de ordem epidemiológica, social, educativa, tecnológica e demográfica. A procura de cuidados de saúde é considerável e aumenta regularmente, o que modifica a relação da população com a saúde e com a doença. Este crescimento é analisado como o resultado, do lado da procura - a chegada à idade da velhice de uma geração mais habituada a consumir que a geração precedente; do lado da oferta a crescente tecnicidade e a intensificação do cuidar.

1.2 – EVOLUÇÃO E CARATERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Uma análise organizacional ou psicossociológica dum Sistema de Saúde deverá ter em conta o seu contexto histórico, pois há razões lógicas e universalmente aceites para que se considerem os Sistemas de Saúde como “modelos naturalmente transitórios e adaptados a cada momento histórico”, nomeadamente, no que concerne à alteração dos valores sociais, das estruturas sócio-demográficas e da matriz epidemiológica, aos avanços da ciência e da tecnologia e à facilidade da divulgação de informação (Portugal, Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

O Sistema de Saúde em Portugal sofreu profundas transformações, sendo possível identificar sete períodos principais.

i) Período até 1967

Logo no Império Romano se revelaram as preocupações das autoridades com a higiene pública, traduzidas na construção de banhos públicos e na implementação de inspeções a estabelecimentos de venda de certas mercadorias. Esta ténue institucionalização de tarefas sanitárias perdeu-se com a dispersão do poder na Idade Média, ficando confiada exclusivamente às ordens religiosas, as quais coube, durante séculos, auxiliar as populações e sobretudo os mais desfavorecidos, a sobreviver às terríveis pragas Medievais (Gomes, s/d).

Esta forma de tratamento das matérias relacionadas com a Saúde Pública manteve-se até ao século XIX. A saúde tornou-se uma preocupação do indivíduo, um bem jurídico que só a ele cabe proteger, mas a melhor ou pior manutenção do bem-estar físico e psíquico estava dependente dos recursos financeiros de cada um. O homem do século XIX estava entregue a si próprio (Gomes, s/d).

O Estado remete para cada cidadão a incumbência de tratar o seu corpo. “*O indivíduo é dono da sua saúde. Se for incapaz de se proteger a si mesmo, não lhe resta senão contar com a generosidade dos seus semelhantes ou com a caridade das instituições sociais*” (Gomes, s/d).

Segundo o mesmo autor, esta posição é tributária do arregaçado individualismo que se viveu no século XIX. A saúde não era vista como uma preocupação social, pois o equilíbrio individual, físico e psíquico, constituía um domínio reservado que só a cada um cumpria defender. Admitir a intervenção do Estado seria diminuir a autonomia do indivíduo, a livre disposição do seu próprio corpo, e só em casos extremos de miséria e pobreza é que a prestação de cuidados era aceite.

A conceção de saúde pública era, assim, meramente assistencial, como se observa no artigo 240º da Constituição Portuguesa (1822), onde se afirma “As Cortes e o Governo terão particular cuidado na fundação, conservação e aumento de casos de misericórdia, e de hospitais civis e militares, especialmente daqueles que são destinados para os soldados e marinheiros inválidos, de rodas, de expostos, montes pios, civilização dos Índios, e de quaisquer outros estabelecimentos de caridade”.

As autoridades administrativas só intervinham excecionalmente em caso de epidemias ou calamidades sociais graves, que pudessem fazer perigar a saúde da coletividade. Às pragas Medievais sucederam as doenças da industrialização e os problemas levantados pelo excesso populacional dos centros urbanos, sendo este o campo de ação privilegiado dos órgãos de medidas restritivas das atividades económicas ou da liberdade individual. A administração de Saúde do Estado Liberal é, assim, primacialmente agressiva.

Só com o advento do Estado Social, principalmente nos pós II Guerra, se pode falar em Saúde Pública como valor objetivo, como riqueza coletiva, cujas proteção e promoção são assumidas como missões do estado. A Comunidade Internacional reconheceu esta necessidade logo em 1948, afirmando no n.º1 do artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos do Homem que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar.”.

Assim, a par do Direito da Saúde Pública de manter tão elevado quanto possível o nível sanitário da população, passa nesta altura a existir um *Direito à Saúde*, uma posição Jurídica ativa dirigida a obter cuidados de saúde, através de uma estrutura organizada nesse sentido.

O despertar para esta missão social do Estado é patente em Portugal logo em 1951, data em que o legislador da segunda revisão da Constituição de 1933, adita ao artigo 6º uma nova tarefa estadual: a da defesa da Saúde Pública (artigo 4º).

A profunda degradação dos serviços de saúde, a sua enorme incapacidade de resposta para as necessidades mais elementares dos cidadãos e a ausência de quaisquer direitos laborais e

salariais dos médicos, determinaram o aparecimento de uma ampla movimentação destes profissionais em 1957/58.

Logo que se começaram a evidenciar múltiplos aspetos de tensão e conflitualidade a nível dos médicos, a ditadura procurou antecipar-se tomando a decisão de nomear, pela primeira vez, um Ministro da Saúde Dr. Henrique Martins de Carvalho.

Fruto do amplo e participado debate realizado, foi divulgado, em 1961, o “Relatório sobre as Carreiras Médicas”.

ii) Período 1968 – 1973 – A emergência dos cuidados de saúde primários

Com a chamada "Primavera Marcelista" em 1968, um período de alguma abertura do regime que se prolongou até finais de 1972, permitiu a emergência de mudanças. Dá-se a extensão da Previdência à população rural e a criação da ADSE para os funcionários públicos (Biscaia, 2005).

Foram publicados dois diplomas sobre a estrutura e organização dos hospitais, uniformizando a sua orgânica de funcionamento, (essencialmente estatais e das Misericórdias) e criando carreiras para pessoal médico, de enfermagem, de administração e de farmácia (Biscaia, 2005).

Existiam neste período os programas verticais dos Institutos, os Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, alguns grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias e os consultórios privados. O Decreto-Lei n.º 413/71, publicado no DR N.º 228 de 27 de Setembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde, constitui um marco por ter lançado a reforma que estabelece os fundamentos de um Serviço Nacional de Saúde e pela criação dos designados "Centros de Saúde de 1ª Geração". Tinha por base os seguintes princípios:

- a) Reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado a responsabilidade de o assegurar;
- b) Política unitária de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde;
- c) Integração de todas as atividades de saúde e assistência, a nível local e regional;
- d) Planeamento central e descentralização na execução.

iii) Período: 1974 – 1984 – A consolidação dos cuidados de saúde primários

Em 1975 o "serviço médico à periferia" obrigou os médicos recém-licenciados a trabalhar fora dos centros urbanos o que criou a oportunidade de melhorar a assistência médica fora dos grandes centros urbanos e, em particular, nos Centros de Saúde (Biscaia, 2005).

A nova Constituição, de 1976, no seu artigo 64º, reafirma a saúde como um direito dos

cidadãos, que deveria ser assegurado com o desenvolvimento de um Serviço Nacional de Saúde:

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito.

A lei do Serviço Nacional de Saúde foi aprovada em 1979 (era então Ministro da Saúde António Arnaut), mas nunca foi completamente aplicada. Os serviços Médico-Sociais da Previdência resistiram à integração nos Serviços de Saúde. Ao nível central manteve-se uma estrutura vertical e paralela para os Cuidados de Saúde Primários e para os Hospitalares. A consagração desta primeira estrutura é feita pela criação da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (Biscaia, 2005).

Entre 1981 e 1983 são constituídos os Institutos de Clínica Geral – do Norte, Centro e Sul.

Em 1982 é criada a carreira médica de Clínica Geral e em 1983 é publicado o Regulamento dos Centros de Saúde (designados de Centros de Saúde de 2ª Geração, Despacho normativo n.º97/83, publicado no D.R. nº 93 de 22 de Abril). No setor do ambulatório foram integrados todos os locais de consulta dos Centros de Saúde, dos Serviços Médico-Sociais e dos Institutos e Serviços dependentes da antiga Direcção-Geral da Saúde.

Com a criação da Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários, em 1984, extingue-se formalmente a Direcção-Geral da Saúde e os Serviços Centrais dos Serviços Médico-Sociais, e também uma série de antigos Institutos.

iv) Período: 1985 – 1994 – Uma maior atenção à gestão dos serviços

A meio da *década de 80* iniciou-se o processo de formação sobre a classificação dos doentes internados em grupos de diagnóstico homogéneos (GDH's), tendo em vista com a sua aplicação aos hospitais portugueses, possibilitar a construção de um instrumento de financiamento prospetivo e de controlo de gestão (Biscaia, 2005).

A revisão da Constituição de 1989 torna a saúde "*tendencialmente gratuita*". Em 1990 é aprovada a Lei de Bases da Saúde, onde se refere que esta passa a ser da responsabilidade não só do Estado, mas também de cada indivíduo. Em 1990 são introduzidas também as taxas moderadoras.

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, (Decreto-Lei n.º 11/93, publicado no D.R. nº 12 de 15 de Janeiro) aprovado três anos depois da Lei de Bases, dá às Administrações Regionais de Saúde a possibilidade de coordenarem o trabalho entre hospitais e centros de saúde.

Foi um período de definição do Serviço Nacional de Saúde numa rede mais ampla.

São constituídos os Departamentos de Clínica Geral nas Faculdades de Medicina, o primeiro dos quais em 1986 na Faculdade de Medicina do Porto, seguindo-se, em 1987, na

Faculdade de Medicina de Lisboa. Em 2000 consegue-se que todas as Faculdades do país tenham Departamentos de Clínica Geral. Em 2001 a nova Faculdade de Medicina da Beira Interior e particularmente a do Minho, são constituídas com uma estrutura educacional que dá uma enorme importância à formação em Medicina Geral e Familiar (Biscaia, 2005).

v) Período: 1995 – 2001 – Uma maior atenção à gestão do sistema

Neste período, a Direcção-Geral da Saúde redigiu dois relatórios sobre o estado de saúde dos portugueses e foi formalmente apresentada e desenvolvida, a primeira estratégia da saúde para Portugal para o período 1998 – 2002 (Biscaia, 2005).

Iniciaram-se experiências de novas formas de organizar a prestação de cuidados de saúde por médicos de Medicina Geral e Familiar. O Projeto Alfa é um exemplo que surgiu na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 1996. Visava estimular soluções organizativas, a partir da iniciativa dos profissionais, que aproveitassem melhor a capacidade e meios instalados nos Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, permitindo sustentar, a partir daí, a captação de mais recursos para o sistema de acordo com as necessidades existentes. O projeto assentava em dois princípios fundamentais, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde, e pressupunha a constituição de uma equipa multiprofissional, um compromisso (projeto) escrito de ação, com objetivos concretos, aceite livremente pela equipa proponente e acordado com a administração e ainda condições de instalação e equipamento adequadas à prossecução do projeto (Biscaia, 2005).

A avaliação deste projeto facilitou a aprovação, em 1998, do Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos médicos de Clínica Geral que consagrava em diploma legal alterações na organização do trabalho semelhantes às do "Projeto Alfa", introduzindo uma modalidade remuneratória médica associada à quantidade de trabalho e qualidade do desempenho profissional e rompendo com o modelo salarial tradicional da função pública (Biscaia, 2005).

Ao nível dos hospitais, é iniciado o processo da criação dos centros de responsabilidade integrados dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 374/99, publicado no D.R. nº 219 de 18 de Setembro) que permitia níveis intermédios de gestão hospitalar. Iniciam-se também experiências de gestão, mais flexíveis e autónomas, em hospitais públicos (Hospitais da Feira; Matosinhos e Barlavento).

Em 1997 e 1999 foram criadas as agências de contratualização, formalizando a separação entre o financiamento e a prestação dos serviços de saúde, uma por cada Região de Saúde. No ano de 1998 iniciaram-se as discussões dos contratos-programa dos hospitais; mais tarde, iniciou-se na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, o mesmo processo para os Centros de Saúde (Biscaia, 2005).

Em 1999 é aprovada legislação sobre os Centros de Saúde e sobre a possibilidade de criação de Sistemas Locais de Saúde (Decreto-lei n.º157/99, publicado no D.R. nº108 de 10 de Maio e Decreto-lei n.º156/99, publicado no D.R. nº108 de 10 de Maio, respetivamente). Naquele diploma, dos Centros de Saúde de 3ª Geração, que previa a criação de Centros de Saúde com autonomia e hierarquia técnica, pode ler-se:

"Os Centros de Saúde criados pelo DL n.º413/71,... mantendo-se, até à data, na dependência orgânica e funcional das administrações regionais de saúde. Ora, a evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a atual exigência de instituições e serviços de saúde que, numa perspetiva multidisciplinar e de forma efetiva e eficiente, sejam centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde tornaram, entretanto, obsoleto o enquadramento normativo dos Centros de Saúde, designadamente, pela inexistência de autonomia e pelo não reconhecimento de uma hierarquia técnica."

Em 1999 é criado o Instituto da Qualidade em Saúde (Portaria n.º288/99, publicado no D.R. nº 98 de 27 de Abril), na dependência do Diretor-geral da Saúde com o objetivo de definir e desenvolver normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde. Neste período, as despesas com Saúde são cerca de 4,6% do Produto Interno Bruto (Biscaia, 2005).

vi) Período: 2002 – 2005 – A reinvenção da gestão dos cuidados hospitalares

Carateriza-se por uma forte atividade legislativa sobre a Saúde: publicação da nova legislação de gestão hospitalar (Lei 27/2002, de 8 Novembro), hospitais-empresa (Decretos-Lei n.º 272-292, publicado no D.R. nº284 e 285 de 9 e 10 de Dezembro de 2002), Rede de Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei n.º60/2003, publicado no D.R. nº 77 de 1 de Abril) Entidade Reguladora da Saúde (Decreto-Lei n.º 309/2003, publicado no D.R. nº 284 de 10 de Dezembro) e Rede de Cuidados Continuados (Decreto-Lei n.º 281/2003, publicado no D.R. nº 259 de 8 de Novembro).

O ano de 2004 ficou marcado pela apresentação do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 caracterizado como o instrumento que define orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente (Biscaia, 2005).

vii) Período: 2005 – Presente – Nova Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Este percurso do sistema de saúde português termina no início de 2005, e um novo ciclo parece iniciar-se com a revogação do Decreto-Lei n.º60/2003 publicado no D.R. nº77 de 1 de Abril, da Rede dos Cuidados de Saúde Primários e a criação de uma Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP), Resolução do Conselho de Ministros n.º157/2005, de 12 de Outubro, de forma a implementar uma nova reforma desses cuidados, sendo, contudo,

mantido, como orientador das estratégias de saúde, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Biscaia, 2005).

Com os objetivos de garantir a qualidade na prestação dos cuidados de saúde, aumentar a acessibilidade dos serviços de saúde e melhorar a satisfação dos cidadãos e dos profissionais de saúde, inicia-se em 2005 a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que vigora até aos dias de hoje. A MCSP considerou que para que pudesse acontecer a reforma necessária dos CSP, seria fundamental modernizar e reconfigurar os Centros de Saúde (CS), uma vez que estes são o “coração do Serviço Nacional de Saúde e a estrutura de alicerçamento de todo o Sistema de Saúde Português” (Pisco, 2007 in Biscaia, 2008) e o primeiro ponto de acesso do cidadão aos cuidados de saúde (MCSP, 2006).

Esta reforma de 2005 dos CSP consistiu, numa primeira fase, na reestruturação organizacional desenvolvida a partir da linha da frente da prestação de cuidados de saúde, onde foram criadas equipas multiprofissionais de contato direto com a população – as Unidades de Saúde Familiar (USF) – e, numa segunda fase, na reorganização dos Centros de Saúde – os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). No entanto é acompanhada por outras medidas de reconfiguração organizacional, com ênfase (MCSP, 2006):

- ⇒ “ Na autonomia progressiva dos CS e desenvolvimento da gestão pela qualidade nos CSP;
- ⇒ Na reestruturação e reforço dos serviços de saúde pública;
- ⇒ Na criação e/ou reforço de equipas multiprofissionais dedicadas aos cuidados continuados;
- ⇒ Na melhoria da comunicação e interligação com os cuidados hospitalares;
- ⇒ Na modernização de instalações e apetrechamento tecnológico dos CS;
- ⇒ Na política adequada de recursos humanos, incluindo atração de profissionais para os CSP e sistemas retributivos incentivadores;
- ⇒ Nos sistemas adequados de informação clínica e para a gestão;
- ⇒ Na integração dos setores cooperativo, social e privado/convencionado numa mesma linha coerente de assistência de saúde à população;
- ⇒ Na sintonização de todas as ações com o Plano Nacional de Saúde.

Paralelamente, a MCSP (2006), define linhas de ação prioritárias para o desenvolvimento dos CSP divididas em diferentes áreas:

- ⇒ Reconfiguração e autonomia dos CS – criação dos ACES;
- ⇒ Implementação de USF;
- ⇒ Reestruturação dos serviços de saúde pública;

- ⇒ Implementação de Unidades Locais de Saúde (ULS);
- ⇒ Desenvolvimento dos recursos humanos;
- ⇒ Desenvolvimento de sistemas de informação;
- ⇒ Mudança e desenvolvimento de competências.

1.3 – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O Sistema de Saúde Português sofreu diversas modificações nas últimas décadas, refletindo a influência das transformações económicas, políticas e sociais do país, ao longo dos anos, neste contexto, destacam-se a democratização e a descolonização de 1974, a entrada na Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1986, e a integração na União Monetária Europeia em 2000, que ocorreram em períodos de tempo particularmente curtos e que provocaram transformações de enorme importância.

Os modelos de sistemas de saúde que hoje existem nos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) decorrem, em larga medida, das respostas que os governos e a sociedade foram encontrando, ao longo de mais de um século, para alcançar significativos objetivos sociais, em particular a melhoria dos níveis de saúde. A avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e as reformas que se vão desenhando em muitos países são hoje o resultado de acertos necessários nas políticas para responder às expectativas de cidadãos, cada vez mais exigentes e conscientes dos seus direitos, e às dificuldades dos governos confrontados com o crescimento dos gastos em saúde (Simões, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza uma definição de sistema de saúde muito ampla que compreende “todas as atividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde” (WHO, 2000, referido por Simões, 2004).

Os sistemas de saúde têm motivado reflexões, em todo o mundo, por parte de organizações e de investigadores de diversas áreas.

Segundo Simões (2004), se restringir-mos o estudo aos países da OCDE é possível identificar, nos sistemas de saúde, dois grandes objetivos:

- ⇒ Promover o acesso aos cuidados de saúde de acordo com as suas expectativas e as suas necessidades. Cidadãos cada vez mais informados e conhecedores dos seus direitos pressionam os decisores políticos no sentido de se encontrarem respostas mais prontas e de maior qualidade.
- ⇒ Promover a eficiência económica num quadro de maior disciplina orçamental e de controlo da despesa pública. Para tal, os governos adotam medidas de contenção de

gastos e promovem a aplicação de mecanismos de melhoria da eficiência técnica no funcionamento dos serviços de saúde.

Conseguir a combinação adequada entre um e outro objetivo – a equidade e a eficiência – frequentemente contraditórios, constitui uma estratégia comum que se observa nos países da OCDE.

Hoje, existe uma percepção muito clara dos determinantes da saúde e o sistema de saúde integra-se num contexto de intervenção política, económica e social mais vasta, onde se debatem as implicações de uma crescente liberdade de circulação de pessoas, mercadorias, capitais e serviços (Simões, 2004).

Tal significa que os sistemas de saúde estão hoje mais próximos de outros problemas da vida social, mas que, também lhes são solicitadas respostas para aspetos tão diversos como a alimentação, comportamentos de risco associados à sexualidade ou às drogas, o problema da dor, ou ainda a imensidade e complexidade das questões da bioética (Simões, 2004).

A Lei Base de Saúde (Lei n.º 48/90, publicado no D.R. nº 195 de 24 de Agosto) estabelece que *"a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, (...)".* O Estado tem, constitucionalmente, que garantir o acesso aos cuidados de saúde, uma racional e eficiente cobertura do país e a socialização dos custos. É também dever do Estado, disciplinar as formas empresariais e privadas dos cuidados de saúde e toda a cadeia de uso de produtos de saúde.

A lei de Bases da Saúde, de 1990, admite que o financiamento passe também a ser da responsabilidade de outras entidades, inclusive os beneficiários, e determina o princípio do acesso às prestações de cuidados de saúde através de serviços e estabelecimentos da rede oficial de cuidados, admitindo a contratualização com outras entidades, na incapacidade de resposta total às solicitações (Ministério da Saúde, 1998).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. (Ministério da Saúde, 1998).

O SNS abrange ainda os estabelecimentos privados e profissionais de saúde em regime liberal, com os quais tenham sido celebrados contratos ou convenções, que garantam o direito de acesso dos utentes, em moldes semelhantes aos oferecidos pelo SNS (Ministério da saúde, 1998).

Segundo Escoval (1999), os sistemas de saúde podem agrupar-se em dois tipos extremos:

⇒ Sistemas tipo *Serviço Nacional de Saúde* (SNS), em que a cobertura é universal, o financiamento assenta em impostos ou em contribuições obrigatórias e a prestação é efetuada, exclusivamente, por instituições públicas;

⇒ Sistemas tipo *Mercado da Livre Concorrência*, em que o financiamento assenta em pagamentos diretos ou indiretos pelos doentes e a prestação é privada.

O mesmo autor considera ainda que as principais características de um sistema do tipo SNS são:

⇒ Universalidade, na cobertura;

⇒ Generalidade, nas prestações;

⇒ Gratuitidade, no ponto de utilização;

⇒ Financiamento através de impostos.

Na prática, não existe nenhum sistema de SNS puro (Hindle *et al.*, citado por Escoval, 1999), já que a tendência geral é para um decréscimo do papel do estado na prestação de serviços. Os constrangimentos económicos não permitem o desenvolvimento pleno de políticas sociais de tipo socializante, pondo em causa modelos que assentem exclusivamente na responsabilidade do Estado. Deve referir-se que os sistemas de tipo socializante também têm problemas, nomeadamente no que se refere ao cumprimento de objetivos da população.

Sendo os cuidados de saúde objeto de prestação de uma rede hierarquizada de serviços, dever-se-á garantir que se leve a prestação de cada serviço tão longe quanto desejável, tendo em conta a especialização e vantagens do nível seguinte de cuidados.

A concentração de recursos deve ser associada com o imperativo de acesso em função da população e sua relevância.

A estrutura e organização dos serviços tem em vista garantir que a população tem à sua disposição toda a diversidade de cuidados, devendo assentar numa hierarquia técnica de competências, de relações e áreas de intervenção bem definidas, compatibilizando, embora, tal necessidade de planeamento com o aumento da liberdade de opção dos utilizadores dos serviços.

1.4 – REFORMA ATUAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A prestação de Cuidados de Saúde Primários sofreu uma profunda reforma nos últimos anos. Esta reforma abrange a reorganização local dos cuidados, com especial ênfase nas recentemente criadas Unidades de Saúde Familiar (USF) e na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com o conseqüente desaparecimento da estrutura intermédia constituída pelas Sub-Regiões de Saúde.

Deve ser salientada a estrutura dos ACES, que incluem, além das USF e de órgãos específicos dirigidos à gestão, uma série de estruturas funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Partilhados (URAP). Assentando embora na tríade clássica de profissionais dos CSP – médicos, enfermeiros e pessoal administrativo – os ACES, deverão vir a englobar a intervenção de uma significativa rede multiprofissional, tanto diretamente sob a sua alçada como através de contratualização específica.

O ACES trabalha com populações cuja dimensão varia entre 50.000 a 200.000 pessoas, permitindo abordagens epidemiológicas estruturadas e economias de escala relevantes. O Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (GCR CSP, 2010), identifica várias áreas que necessitam de desenvolvimento, nomeadamente a gestão clínica, os instrumentos de apoio à reforma, os modelos de contratualização, os sistemas de informação e a articulação com os hospitais.

Esta reorganização dos CSP orienta-se pelos princípios e valores da boa governação, em que a ação é: centrada nas pessoas; orientada para o cidadão; inclusiva de vontades e saberes; transparente nos processos de decisão; baseada na melhor evidência disponível; e presenciando um quadro ético de responsabilidade social.

Em Abril de 2010 deram-se por terminadas as funções da MCSP, abrindo assim lugar a um novo modelo de governação da Reforma de 2005 dos CSP, assente em “*estruturas simplificadas, funcionais e flexíveis que se articulam com as estruturas formais de administração de saúde já existentes*” (MS, 2010). Este novo modelo de governação pretende responder à necessidade de articular os dispositivos de prossecução da Reforma de 2005 dos CSP e consolidar as inerentes transformações organizacionais quer a nível nacional, como regional e local, por forma a diminuir disparidades e desigualdades de evolução e qualidade. É assim reforçada a necessidade intrínseca de construir uma cultura e práticas regulares de responsabilização, de avaliação e de transparência a todos os níveis, em prol de uma garantia de sustentabilidade da Reforma de 2005 dos CSP a médio e longo prazo (MS, 2010).

Para efeitos do disposto anteriormente são criadas três estruturas, designadamente: a Coordenação Estratégica, a Coordenação Nacional e o Conselho Consultivo.

É também indicado que o novo modelo de governação da Reforma dos CSP “deverá ter em especial atenção mecanismos adequados de articulação e cooperação interministerial no domínio do Plano Tecnológico e da Investigação” (MS, 2010). Este novo modelo passa pelo cumprimento de um conjunto de projetos, guia, que abrangem áreas como seja a implementação de mais USF, a implementação de Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Saúde Pública (USP), a constituição de Conselhos da Comunidade, o recrutamento de mais

especialistas em medicina geral e familiar e o incentivo à investigação e formação de apoio à Reforma de 2005 dos CSP. É também pretendido o desenvolvimento de iniciativas nos domínios de:

- ⇒ Sistemas de informação (racionalização da arquitetura do sistema de informação em CSP, interoperabilidade de aplicações, dispositivos eficazes de processamento estatístico de dados com “feedback ” automático para monitorização permanente da situação de indicadores de atividade e de resultados);
- ⇒ Outras unidades funcionais dos ACES (harmonização de aspetos organizativos das unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e das unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP);
- ⇒ Articulação entre as várias unidades funcionais (aperfeiçoamento de aspetos relacionados com o funcionamento e interligação entre USF, UCSP, UCC, USP e URAP);
- ⇒ Subsidiariedade nas decisões de gestão (medidas de descentralização/delegação de competências do nível regional para o nível local (ACES) e de apoio ao desenvolvimento organizacional e de gestão dos ACES);
- ⇒ Governação clínica e de saúde (desenvolvimento da governação clínica e de saúde nos CSP; entre outros aspetos de natureza estratégica ou técnico-operativa vitais para o sucesso e consolidação desta reforma dos CSP).

1.5 – GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O termo *Clinical Governance* foi introduzido pelo livro branco “*The New NHS Modern, Dependable*” – Inglaterra (OPSS, 2006).

O objetivo era encontrar uma estratégia para tornar o *National Health Service* (NHS) moderno e de confiança, mantendo o que funcionou e eliminando o que falhou. Por exemplo: abolir os mecanismos de gestão que sobrepõe a produtividade e os aspetos financeiros à qualidade clínica, levando à fragmentação dos serviços e à ideologia de comando e controlo.

As filosofias das parcerias e da colaboração, onde a inovação é estimulada e o pessoal valorizado.

O termo *Clínica Governance* deriva da expressão *Corporate Governance*, que é uma expressão empresarial associada à “*London Stock Exchange*” (bolsa), na sequência da falência do “*Barings Bank*”, pelas más práticas de Nick Leeson em 1995 (OPSS, 2006).

Este sistema assenta em três vetores para direção e controlo das companhias:

- ⇒ Controlos financeiros internos – Auditorias anuais para assegurar utilização apropriada do dinheiro;
- ⇒ Operações eficientes e efetivas – “*Value for Money*” (sem desperdício);
- ⇒ Respeito pela lei e pelos regulamentos.

No Reino Unido (UK) foi introduzido na área da saúde devido à pressão dos meios de comunicação social na sequência de uma série de lapsos na prestação, o que levantaram dúvidas no espírito dos doentes sobre o padrão geral dos cuidados recebidos.

A *clinical governance* (governança clínica), popularizou-se entre nós sobretudo em virtude da difusão do projeto de acreditação dos hospitais pelo *King's Fund Health Quality Service*, (HQS), (OPSS, 2006).

O principal objetivo consiste em “*prestar aos doentes os cuidados certos, no momento certo, pela pessoa certa, num ambiente seguro*” (OPSS, 2006).

Segundo o HQS as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis por uma melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de prestação, através da criação de um ambiente no qual floresça a excelência dos cuidados clínicos.

O conceito de governação aparece associado aos mais diversos contextos da vida humana. Uma pesquisa rápida em bases de dados bibliográficas ou em motores de pesquisa devolve uma enorme quantidade de referências que abarcam, entre outras, aspetos gerais e específicos da economia, saúde, educação, ciência, ambiente e investigação. Em termos gerais, a governação é definida como o conjunto de ações e meios adotados por uma sociedade para promover a ação coletiva e lançar soluções na procura de objetivos comuns (*United Nations Development Programme*, 1997, citado por OPSS, 2006).

A governação engloba todos os métodos – bons e maus – que as sociedades utilizam para distribuir poder e gerir os recursos públicos e os problemas (OPSS, 2006).

O termo governação não é sinónimo de governo. Em parte, a governação está relacionada com a forma como os governos e outras organizações sociais interagem, a forma como se relacionam com os cidadãos, e como as decisões são tomadas num mundo complexo.

Como tal, a governação é um processo através do qual as sociedades ou as organizações tomam as suas decisões mais importantes, determinam quem é envolvido no processo e como serão distribuídas as responsabilidades e a prestação de contas (OPSS, 2006).

Em termos organizacionais, um dos objetivos da boa governação é o de permitir que a organização realize todo o seu trabalho e implemente a sua missão.

Desta forma, a boa governação reflete-se em termos de efetividade organizacional e está sobretudo relacionada com o atingir os resultados desejados e atingi-los da forma correta, isto é, não interessa apenas o resultado em si, mas também a forma com ele é atingido.

A governação na saúde diz então respeito às ações e aos meios adotados, por uma sociedade para se organizar a si própria na promoção e na proteção da saúde da sua população (OPSS, 2006).

O mesmo autor junta numa plataforma comum, duas realidades complementares:

- ⇒ O enquadramento dos objetivos sociais e dos compromissos que são considerados na formulação das políticas de saúde;
- ⇒ A capacidade de ativar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis.

Nesta perspetiva, alguns dos elementos mais comuns associados à boa governação são os que se centram nas pessoas, na participação das pessoas, na transparência, na monitorização e nas avaliações regulares.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera apenas a boa governação para a saúde, como sendo a capacidade de ativar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis.

Desta forma, a boa governação na saúde significa considerar um conjunto de boas práticas que definem as regras do jogo relativamente à tomada de decisão, à implementação de soluções, à sua avaliação e monitorização e, conseqüentemente, à correção no caso de eventuais desvios (OPSS, 2006).

No âmbito dos novos modelos de organização dos cuidados de saúde a governação clínica de saúde é o processo através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos.

Em 1997 a *Clinical Governance* foi introduzida pela primeira vez no livro branco da saúde do National Health Service (NHS), no Reino Unido, traduzindo uma estratégia de modernização e de melhoria da qualidade do sistema de saúde. A partir de 2001 Portugal segue direção semelhante, tenta também melhorar a saúde através da explicitação de mecanismos de responsabilização, começando a partir de 2003 a dar-se particular importância aos processos que visam aumentar a transparência da atuação das diferentes unidades de saúde e dos profissionais do SNS.

Deste modo, a governação clínica foi uma das estratégias adotadas pelas novas estruturas organizativas dos Centros de Saúde, para melhorarem e manterem a qualidade dos seus cuidados. Esta estratégia baseia-se no Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM) que se guia pelos princípios da Qualidade Total e que constitui um marco de referência para estruturar, avaliar e melhorar a qualidade das organizações.

Estes princípios fundamentais da excelência são:

1. Orientação para os resultados – A excelência depende do equilíbrio e satisfação das necessidades de todos os grupos de interesse relevantes para a organização;
2. Orientação para o cliente – O cliente é o árbitro final da qualidade do produto e do serviço;
3. Liderança e coerência dos objetivos – O comportamento dos líderes de uma organização suscita por si só a clareza dos objetivos e um ambiente de unidade que permite alcançar a excelência;
4. Gestão de processos e atividades – As organizações atuam de maneira mais efetiva quando todas as suas atividades inter-relacionadas são geridas de forma sistemática e as decisões e melhorias adotadas vão ao encontro de todos os grupos de interesse;
5. Desenvolvimento e envolvimento dos colaboradores – O potencial de cada um dos processos da organização é melhor aproveitado se houver entre todos os implicados uma cultura de partilha de valores, confiança e responsabilização;
6. Aprendizagem, inovação e melhoria contínua – As organizações alcançam o seu máximo rendimento quando gerem e partilham o seu conhecimento dentro de uma cultura geral de aprendizagem, inovação e melhoria continua;
7. Desenvolvimentos de parcerias – As organizações são mais efetivas quando estabelecem parcerias, que sejam mutuamente benéficas, baseadas na confiança, na partilha de conhecimentos e na integração;
8. Responsabilidade social – O melhor modo de servir os interesses da organização e das pessoas que a integram, a longo prazo, é seguindo os valores éticos, superando as expetativas e as normas da sociedade no seu conjunto.

Partindo destes princípios fundamentais da excelência da governação clínica, esta deverá assentar em três pilares essenciais:

1. Focalização na saúde e bem-estar das pessoas – O olhar primordial da governação clínica é para “fora”, para os utentes, para a comunidade, para os subgrupos populacionais com necessidades especiais de cuidados e, só depois, subsidiariamente, para “dentro”, para a organização e seus processos;

2. Envolvimento de “*Todos*”, a todos os níveis – A governação clínica não é compatível com a dicotomia “*uns governam vs, outros são governados*”. Cada profissional de saúde detém uma capacidade de decisão técnica autónoma, inclusive de ordenar despesa (prescrição médica, por exemplo) pelo que a gestão clínica requer o envolvimento e a responsabilização universal de todos os profissionais e, progressivamente, também dos utentes e da comunidade;
3. Orientação para resultados “*ganhos*” em saúde “*outcomes*” – A governação clínica visa desenvolver uma cultura de avaliação de processos e, sobretudo, de resultados clínicos e de saúde, a todos os níveis. Desde o desempenho individual até ao desempenho de cada centro de saúde e do “*agrupamento*” como um todo, passando pela avaliação de desempenho das várias equipas e unidades funcionais.

O objetivo da governação clínica e de saúde em (CSP) é o de guiar as equipas para alcançar os resultados clínicos e de saúde desejados. O que implica:

- ⇒ Definir os resultados a alcançar;
- ⇒ Definir os níveis desses resultados (qualitativo ou quantitativo);
- ⇒ Definir a forma e os meios para o fazer;
- ⇒ Executar;
- ⇒ Verificar passo a passo se está tudo a correr como previsto e corrigir rotas, meios e modos de fazer (monitorização e controle);
- ⇒ Avaliar no final se os objetivos desejados foram atingidos, e quanto.

Os resultados finais a atingir são, essencialmente, de oito tipos:

- ⇒ Potencial de Saúde – melhorar as defesas, o potencial de saúde das pessoas e a auto-perceção dos seus estados de saúde;
- ⇒ Determinantes da saúde – reduzir ou controlar fatores que possam determinar a ocorrência de doenças, acidentes ou morte;
- ⇒ Doenças agudas – ajudar a resolver e/ou a encurtar episódios agudos de doença e consequente sofrimento;
- ⇒ Doenças evitáveis – reduzir ocorrência de doenças evitáveis, num dado período de tempo;
- ⇒ Doenças crónicas – reduzir ou controlar a ocorrência de sofrimento/consequências/complicações de doenças;
- ⇒ Mortes prematuras evitáveis – reduzir o número de mortes prematuras evitáveis (com os meios disponíveis);
- ⇒ Qualidade de vida – aumentar os níveis de funcionalidade e de qualidade de vida relacionados com a saúde;

⇒ Esperança de vida com qualidade – aumentar o número de anos vividos com qualidade.

1.6 – A CONTRATUALIZAÇÃO

A primeira agência de contratualização em Portugal foi criada em 1996, através duma experiência iniciada na Região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo posteriormente criadas uma em cada Região de Saúde durante 1997 e 1998 (OPSS, 2006).

A sua consolidação foi efetivada pela definição de instrumentos de apoio à negociação através do Secretariado Técnico das Agências (OPSS, 2006).

Após a dinamização e desenvolvimento do Sistema de Informação, foi possível desde 1998, a análise rigorosa dos dados dos orçamentos-programa, apoiando os processos de negociação e discussão, tendo em conta as diferentes adaptações no terreno de uma política nacional. A cessação do contrato de apoio do Sistema de Informação (SI) em 2001, provocou atrasos relevantes nos trabalhos de negociação e monitorização dos orçamentos-programa, dificultando a sua afirmação perante os prestadores e consequentemente descredibilizando as agências no sistema, embora a tutela voltasse a manifestar interesse na contratualização com os hospitais (OPSS, 2006).

A obra “Saúde um compromisso ...” do Ministério da Saúde, revisão de 1999, refere que as Agências de Contratualização (AC), têm como objetivo uma melhor utilização dos recursos, zelando pelos interesses de quem custeia os cuidados de saúde, pelo estabelecimento de compromissos operacionalizáveis por um processo de contratualização, estando implícito a fixação de objetivos, a monitorização e a avaliação final.

Estavam a viver-se momentos em que, pela primeira vez, uma das ideias predominantes na saúde era dar maior flexibilidade e capacidade de inovação à administração pública, introduzindo-se mecanismos “Empresariais”, recentrando os serviços públicos no cidadão utilizador e passando de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados (Andrade, 2003).

As Agências de Contratualização pretendem:

- ⇒ Avaliar e valorizar os ganhos em saúde e bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos, substituindo a frequente visão sobre o que é gasto pelo valor que é obtido;
- ⇒ Apostar num Estado que fosse “bom gestor”, através da maximização da capacidade instalada;
- ⇒ Clarificação entre o financiamento e a prestação de cuidados;
- ⇒ Maior comprometimento dos órgãos dirigentes das unidades de saúde e no envolvimento dos restantes profissionais;

- ⇒ Identificar necessidades ou cuidados de saúde para as quais há que garantir respostas adequadas;
- ⇒ Propor ao CA das ARS's a respetiva distribuição dos recursos financeiros pelas instituições de saúde e proceder à contratualização dos cuidados com as mesmas;
- ⇒ Produzir e divulgar informação sobre os serviços de saúde e promover a utilização desses conhecimentos por parte das administrações e por parte dos cidadãos;
- ⇒ Incorporar na orientação do sistema de saúde a opinião do cidadão;
- ⇒ Acompanhar o desempenho das instituições relativamente à prestação dos cuidados de saúde e recursos financeiros contratualizados;
- ⇒ Dar parecer sobre a celebração de acordos e convenções com entidades privadas e IPSS para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS;
- ⇒ Participar na avaliação dos ganhos em saúde e bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos.

As opções que se colocam aos gestores são vastas e mais complexas, sendo de extraordinária importância o Contrato-Programa (CP) para permitir o recurso a medidas de contratualização externas, de forma a colmatar as insuficiências que impeçam aos gestores a execução do Plano de Atividades (PA).

A contratualização considera-se um ato normal de gestão e não de exceção, a que está subjacente a utilização eficiente e rentável de recursos escassos.

Segundo a obra “Relatório de Primavera 2006” do OPSS, a meta da contratualização era *“..criar uma missão comum – um compromisso – para políticos, gestores, dirigentes e profissionais da saúde, de tudo fazerem para maximizar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos.”*

1.6.1 – A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários

A reforma dos cuidados de saúde primários que tem vindo a ser implementada nos últimos anos pretende reforçar a orientação deste nível de cuidados para a comunidade, apostando fortemente na autonomia, na responsabilização, na flexibilidade organizativa e de gestão, na desburocratização, na modernização, no trabalho em equipa, na melhoria contínua da qualidade, na prestação de contas e na avaliação do desempenho a todos os níveis.

A metodologia de contratualização para os CSP no Ano 2014, continuou a sedimentar esta importante reforma, reforçando o espírito de trabalho em equipa multidisciplinar, potenciando a articulação e a complementaridade e encontrando soluções concretas e respostas adequadas em

função das necessidades, dos recursos e das condições existentes para a prestação de cuidados de saúde à população.

Neste contexto, o processo de contratualização deverá renovar os objetivos em termos de melhoria dos resultados nas áreas do acesso, do desempenho assistencial, da qualidade e da eficiência, continuando a densificar os instrumentos de gestão, de governação clínica e os mecanismos de representação e de participação da comunidade.

O modelo organizativo dos cuidados de saúde primários é um modelo que exige mais conhecimento, qualificação, capacidade, rigor e espírito construtivo por parte de todos os intervenientes no processo, e que permite responder de forma mais adequada às necessidades em saúde da população e aos desafios com que os sistemas de saúde se debatem, a nível nacional e internacional.

O processo de contratualização é uma ferramenta que desempenha um papel importante na nova arquitetura dos cuidados de saúde primários, para a consolidação de uma cultura de gestão rigorosa, equilibrada, responsável, transparente e ciente das necessidades das populações, visando a criação de valor em saúde e a obtenção de ganhos de acesso e qualidade para a população, e de eficiência para as instituições.

Estes objetivos são partilhados pelos diferentes níveis de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde primários, desde as ARS, aos ACES e às Unidades Funcionais, onde os prestadores são envolvidos neste processo de autonomia responsabilizante.

Para definição dos objetivos, consideram-se as necessidades em saúde detetadas a nível nacional, regional e local, identificadas no Plano Nacional de Saúde, dos Planos Regionais de Saúde, no Plano de Atividades dos ACES e nos Planos de Ação das Unidades Funcionais. Trata-se de uma lógica de planeamento em cadeia, em que todos são chamados a assumir compromissos a nível nacional, compromissos específicos da sua região, e compromissos concretos em relação à sua população de inscritos.

O desafio do processo de contratualização com os cuidados de saúde primários, centrado nas necessidades em saúde das diferentes populações, tem por base a contratação de cuidados de saúde, organizada em dois subprocessos:

1. A contratualização externa, realizada entre as ARS e os respetivos ACES, formalizada com a negociação dos Planos de Desempenho e a assinatura dos Contrato-Programa.
2. A contratualização interna, realizada entre os ACES e as respetivas unidades funcionais, formalizada com a assinatura das Cartas de Compromisso.

Em termos gerais, os processos de contratualização externa e interna operacionalizam-se em 3 fases:

1. Negociação – fase que abrange os trabalhos preparatórios da negociação até à assinatura do Contrato-Programa entre a ARS e os ACES e das Cartas de Compromisso entre o ACES e as suas Unidades Funcionais, na qual se efetua a aproximação entre a oferta e a procura (necessidades em saúde), tendo em conta o preconizado pela política de saúde definida para o período, as restrições orçamentais e outros condicionalismos associados à negociação e à partilha do risco.
2. Monitorização e acompanhamento – fase em que se efetua a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise (produção assistencial contratada, objetivos para as dimensões acesso, qualidade assistencial e desempenho económico-financeiro, entre outras), e em que se discutem em tempo útil as várias possibilidades de introdução de medidas que permitam corrigir eventuais desvios em relação ao preconizado entre as partes.
3. Avaliação – enquanto fase crucial que encerra o ciclo do processo de contratualização, a avaliação é não só um momento de prestação de contas mas também um momento de reflexão sobre o desempenho de todos os intervenientes no processo, os quais deverão ter a capacidade de avaliar de forma desprendida e objetiva os resultados alcançados, agindo em função dos mesmos. A fase de avaliação tem um enorme potencial transformador, pretendendo-se que a mesma contribua significativamente para a alteração de comportamentos, de atitudes e de práticas de gestão e de prestação de cuidados, visando a melhoria dos resultados globais das entidades envolvidas no processo de contratualização.

1.6.2 – Indicadores de Avaliação de Desempenho para a Contratualização

A sociedade na perspetiva de Ferreira (2006), tem necessidades ilimitadas que não podem ser satisfeitas na sua totalidade devido à escassez de recursos tornando-se assim necessário recorrer a análise económica de programas de saúde para fundamentar as escolhas efetuadas. Esta análise, para além dos aspetos financeiros também não pode descurar a utilidade que os indivíduos atribuem aos vários estados de saúde possíveis ou a qualidade de vida obtida pela aplicação de cuidados de saúde.

Na opinião de Manteigas (2006), devem ser explícitos não só os custos mas também os benefícios de forma a tornar o processo de decisão mais racional.

O funcionamento/desempenho de uma organização deve ser objetivado em instrumentos de gestão, documentos que reúnem a informação em várias áreas de gestão, transformando-a em indicadores, permitindo assim acompanhar tendências e obter perspetivas que ajudem os dirigentes na tomada de decisão.

A medição do desempenho organizacional tem uma relevância notável nas atividades das organizações. As formas e meios para medir com precisão o desempenho têm, nas últimas duas décadas, tomado uma importância central nas organizações produzindo-se uma quantidade assinalável de trabalhos académicos sobre o assunto (Folan & Browne, 2005).

Um sistema de medição do desempenho é definido como um conjunto integrado de indicadores individuais que têm como objetivo quantificar a eficiência e eficácia e produzir informação sobre a performance em determinadas atividades e processos organizacionais.

A avaliação de desempenho de unidades de saúde é, segundo Simões (2004), necessária, com a finalidade de o melhorar, apesar das organizações desta área dependerem, em larga medida, de políticas ativas definidas pelos governos, do seu grau de autonomia ser diferente, nos vários sistemas de saúde e, ainda, de se confrontarem diversas expectativas e valores assumidos pelos cidadãos em relação aos serviços de saúde.

As razões que levam a considerar necessária ou até inevitável a avaliação dos serviços de saúde, são diversas e por vezes conjunturais. Em primeiro lugar, razões determinadas pelo contexto político e económico: o aumento dos custos com a saúde e a determinação dos governos em conter o crescimento das despesas públicas e em promover a eficiência, determinam a necessidade de um acompanhamento exigente do desempenho das unidades de saúde. Em segundo lugar, as entidades prestadoras vão-se progressivamente libertando da lógica corporativa dos profissionais, desencadeando processos de controlo da atividade, através, nomeadamente de orçamentos clínicos, e promovendo a inevitabilidade de uma cultura de prestação de contas. Em terceiro lugar, as entidades financiadoras, públicas ou privadas, tendem a aumentar o seu poder de controlo da quantidade e da qualidade dos cuidados de saúde. Em quarto lugar, a justiça torna-se cada vez mais exigente na responsabilização dos profissionais e das instituições, pela adequação dos cuidados prestados, quer em relação à responsabilidade civil, quer às responsabilidades criminal e disciplinar. Em quinto lugar, gestores mais qualificados e com mais poder tornam-se mais exigentes em relação ao funcionamento eficiente das organizações. Em sexto lugar, os doentes têm vindo a desempenhar, progressivamente, um papel mais ativo nas decisões médicas, procurando explicações para os problemas e para os tratamentos, e exigindo, por vezes, uma segunda opinião médica. Por último, não podemos deixar de referir a dificuldade de qualquer novo Governo saído de um processo eleitoral, em mudar uma equipa de administradores hospitalares que tenha conseguido resultados eficientes.

Não obstante, medir o desempenho de um hospital não é fácil por várias razões (Simões, 2004): os seus objetivos não são claros; todos os hospitais são diferentes e há dificuldade em os comparar; o sistema hospitalar é particularmente complexo; alguma informação é intangível ou não mensurável, como por exemplo a dor, cuja redução pode constituir um dos mais importantes

objetivos de um hospital. Porém, o desempenho de um hospital só pode ser avaliado tendo em consideração os seus objetivos. Se se pode afirmar que o objetivo central e geral de um hospital é o de tratar bem os seus doentes, existirão certamente mais objetivos, como sejam: prestar cuidados a uma comunidade como um todo e não só aos seus doentes; fazer bom uso dos seus recursos; ser custo-efetivo; prestar cuidados de boa qualidade; ultrapassar com sucesso os conflitos; tratar o mais rapidamente possível cada um dos utentes e tratar prioritariamente os “consumidores” mais necessitados. Um claro entendimento destes objetivos constitui, portanto, o primeiro passo para a avaliação de desempenho de um hospital.

Segundo Moreira (2008), a medição da eficiência na gestão hospitalar é dificultada pela natureza especial do seu processo produtivo. Os problemas emergem, desde logo, ao nível da multiplicidade de objetivos e da definição da produção.

Correia (2005), refere-se ao conceito de macro eficiência como a capacidade de transformar recursos em resultados ao relacionar-se o desempenho do sistema de saúde e o grau de realização dos objetivos. A análise de resultados em termos de realização de objetivos deveria ocorrer por políticas centradas em indicadores de desempenho.

Como vantagens da aplicação de indicadores de desempenho Correia (2005) refere que esta é:

- ⇒ Ferramenta fundamental para a gestão;
- ⇒ Avaliação da eficiência, eficácia e efetividade;
- ⇒ Informação acerca de tendências e dados relativos à saúde da população;
- ⇒ Documentação de desigualdades em saúde;
- ⇒ Apoio nos processos de contratualização/negociação;
- ⇒ Apoio na definição de metas e objetivos dos prestadores de cuidados.

Em termos gerais, os indicadores de saúde são medidas sumárias que refletem, indiretamente, informação relevante sobre diferentes atributos e dimensões da saúde e dos fatores que a determinam, incluindo o desempenho do sistema de saúde. Um indicador de saúde é, assim, um constructo útil para a quantificação, monitorização e avaliação da saúde e seus determinantes, quer o objeto seja uma população, quer uma pessoa.

Os indicadores são, portanto, representações indicativas dos fenómenos que queremos conhecer e acompanhar, numa linguagem técnica que nos convém. Têm também a capacidade de nos informar acerca do seu estado e das suas mudanças relevantes. Com muita frequência, são variáveis quantitativas, quando a natureza dos fenómenos e a tecnologia disponível o permitem. Por isso, os indicadores de saúde não são mais do que tentativas de capturar a enorme diversidade de níveis e dimensões da realidade, de modo a aproximar o Homem ao seu controlo, seja a nível da pessoa ou da população.

Uma das principais componentes da fase de negociação da contratualização externa prende-se com a negociação da bateria de indicadores que permitem aferir o desempenho assistencial agregado das Unidades Funcionais que compõem o ACES, assim como os resultados em saúde alcançados para a população.

A contratualização entre as ARS e os ACES será baseada numa matriz de 20 indicadores, organizada em 3 eixos, nomeadamente:

- ⇒ Eixo nacional – 14 indicadores selecionados a nível nacional, suscetíveis de avaliar ganhos em saúde, e em linha com os objetivos de contratualização interna com as USF e UCSP. A soma das ponderações destes indicadores é de 75%.
- ⇒ Eixo regional – 4 indicadores escolhidos pelas ARS que vão ao encontro dos programas regionais ou das prioridades de saúde definidas regionalmente e que não tenham ficado colmatadas pelos indicadores do eixo nacional. Os indicadores regionais selecionados para a contratualização externa aplicam-se a todos os ACES pertencentes a determinada ARS. A soma das ponderações destes indicadores é de 17%.
- ⇒ Eixo local – Cada ACES tem a possibilidade de, em conjunto com a ARS, definir 2 indicadores específicos, de acordo com necessidades locais de saúde e que não tenham ficado colmatados pelos indicadores do eixo nacional ou regional. A soma das ponderações destes indicadores é 8%.

Os indicadores da contratualização do ACES da Guarda, são apresentados e analisados de uma forma global e por unidade de saúde na terceira parte do relatório.

PARTE II

CARATERIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO DISTRITO DA GUARDA E DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

2 – CARATERIZAÇÃO DO DISTRITO DA GUARDA

2.1 – CARATERIZAÇÃO SUMÁRIA E ADMINISTRATIVA

A cidade da Guarda é um dos cinco centros da Rede Urbana da Região Centro (Aveiro, Castelo Branco, Guarda, Leiria, Viseu). É uma capital de Distrito, que fazem dela um centro urbano com alguma capacidade polarizadora da região onde se insere.

O Distrito da Guarda é constituído por 14 concelhos (com características únicas e peculiares, registos identificadores que perduram ao longo dos séculos), limitado no seu todo ao Norte pelo Distrito de Bragança, ao Sul pelo de Castelo Branco, a Oeste pelos de Viseu e de Coimbra e a Leste por Espanha. A área total de 5597,68 KM², representa 6,2% da superfície de Portugal Continental.

Figura 1 – Mapa do Distrito da Guarda



Fonte: Gabinete Estatística Planeamento e Apoio à Gestão da ULSG (2014)

Os concelhos que fazem parte da área de abrangência da ULS da Guarda, conforme o quadro 1 são: Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Meda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa. O de maior superfície é o do Sabugal e o de menor, o de Manteigas.

Quadro 1 – Distância da Guarda às Sedes de Concelho da área de abrangência da ULS da Guarda

Guarda – Almeida = 62,380 Km
Guarda – Celorico da beira = 27,650 Km
Guarda – Figueira de Castelo Rodrigo = 63,386 Km
Guarda – Fornos de Algodres = 43,900 Km
Guarda – Gouveia = 59,700 Km
Guarda – Manteigas = 41 Km
Guarda – Meda = 72,760 Km
Guarda – Pinhel = 37 Km
Guarda – Sabugal = 32,330 Km
Guarda – Seia = 68,607 Km
Guarda – Trancoso = 44,323 Km
Guarda – Vila Nova de Foz Côa = 84,464 Km

Fonte: Elaboração própria

Através do Quadro 1, vemos que a sede de concelho mais perto da Guarda é Celorico da Beira que dista 27,650 km e a mais distante é Vila Nova de Foz Côa (84,464 Km).

O número de quilómetros a percorrer em média é 54,430 km o que, através das estradas existentes no distrito, se traduz num maior esforço para as populações mais longínquas em atingirem a capital de Distrito.

A Guarda goza de uma localização geo-estratégica privilegiada, uma vez que se encontra situada na Raia Central e num nó de comunicações viárias e ferroviárias suscetíveis de lhe proporcionarem uma boa acessibilidade regional e uma forte acessibilidade externa.

Segundo os dados do INE (Estimativa, 2014), a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., presta cuidados de saúde pública, primários, diferenciados e continuados a cerca de 147.000 habitantes.

A área geográfica de influência da ULS Guarda é extensa, com uma orografia montanhosa e uma densidade populacional baixa. Os maiores aglomerados populacionais encontram-se na cidade da Guarda e de Seia, conforme podemos ver no quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição da População dos diferentes Concelhos da área de influência da ULSG

CONCELHOS	2014	2013	Δ% 2014/2013
Almeida	6.465	6.628	-2,46%
Celorico da Beira	7.321	7.403	-1,11%
Figueira de Castelo Rodrigo	5.993	6.073	-1,32%
Fornos de Algodres	4.821	4.888	-1,37%
Gouveia	13.269	13.450	-1,35%
Guarda	40.574	40.994	-1,02%
Manteigas	3.239	3.297	-1,76%
Meda	4.868	4.941	-1,48%
Pinhel	9.086	9.205	-1,29%
Sabugal	11.687	11.914	-1,91%
Seia	23.508	23.795	-1,21%
Trancoso	9.410	9.537	-1,33%
Vila Nova de Foz Côa	6.903	6.984	-1,16%
TOTAIS	147.144	149.109	-1,32%

Fonte: * INE (Estimativa Ano 2014)

Quadro 3 – Distribuição da População dos diferentes Concelhos e Densidade Populacional

CONCELHOS	ÀREA (Km2)	População Residente *	Densidade Populacional (Hab./Km2)
Almeida	524.28	6.465	12,33
Celorico da Beira	253	7.321	28,94
Figueira de Castelo Rodrigo	513.12	5.993	11,68
Fornos de Algodres	131	4.821	36,80
Gouveia	283.84	13.269	46,75
Guarda	692	40.574	58,63
Manteigas	112.28	3.239	28,85
Meda	292.20	4.868	16,66
Pinhel	470.16	9.086	19,33
Sabugal	830.08	11.687	14,08
Seia	459.52	23.508	51,16
Trancoso	366.16	9.410	25,70
Vila Nova de Foz Côa	394.46	6.903	17,50
TOTAIS	5.322,1	147.144	27,65

Fonte: * INE Estimativa 2014

É uma região de fraca densidade populacional (27,65 habitantes/Km²) e com uma população envelhecida, conforme se pode verificar pela análise dos quadros 3 e 4.

No Quadro 4, apresenta-se a distribuição numérica por grupos de idade da população.

Quadro 4 – Distribuição Numérica da População por Grupos de Idade

População residente por local de residência e grupo etário				
	0 – 14 anos	15-24 anos	25-64 anos	65 e mais anos
Portugal	1.490.241	1.105.481	5.673.933	2.105.167
Continente	1.409.482	1.038.753	5.388.209	2.033.339
Centro	294.490	233.108	1.215.182	521.212
Almeida	433	542	3.168	2.322
Celorico da Beira	835	708	3.614	2.164
Figueira de Castelo Rodrigo	670	558	2.854	1.911
Fornos de Algodres	488	529	2.441	1.363
Gouveia	1.281	1.226	6.403	4.359
Guarda	5.188	4.088	22.553	8.745
Manteigas	283	321	1.752	883
Meda	451	395	2.318	1.704
Pinhel	912	848	4.384	2.942
Sabugal	891	889	5.334	4.573
Seia	2.415	2.220	12.699	6.174
Trancoso	898	971	4.706	2.835
Vila Nova de Foz Côa	678	663	3.377	2.185

Fonte: * INE Estimativa 2014

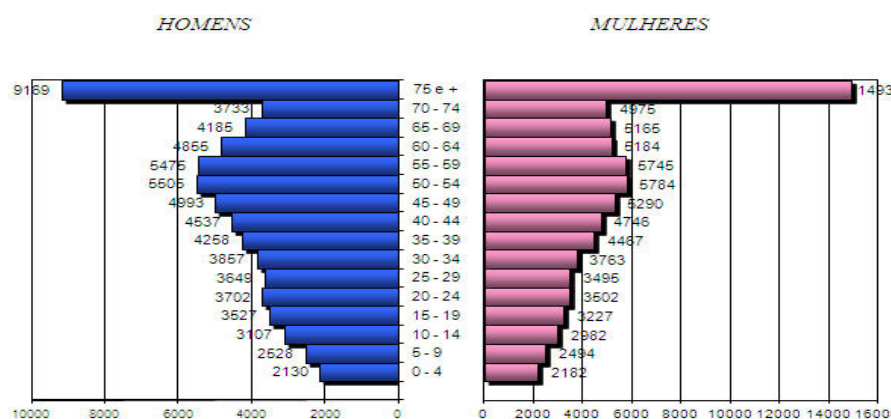
Observa-se no quadro acima que 10,48% da população residente na área de influência da ULS Guarda tem entre 0 e 14 anos. No grupo etário dos 15 aos 24 anos estão apenas 9,49% da população. Estão em idade ativa 51,38% sendo a população idosa representada por 28,65% do total de residentes.

Quadro 5 – Distribuição Numérica da População por Sexo e por Idade

População Residente na ULS da Guarda	Masculino	Feminino	Total
0 – 4 anos	2.130	2.182	4312
5 – 9 anos	2.528	2.494	5.022
10 – 14 anos	3.107	2.982	6.089
15 – 19 anos	3.527	3.227	6.754
20 – 24 anos	3.702	3.502	7.204
25 – 29 anos	3.649	3.495	7.144
30 – 34 anos	3.857	3.763	7.620
35 – 39 anos	4.258	4.467	8.725
40 – 44 anos	4.537	4.746	9.283
45 – 49 anos	4.993	5.290	10.283
50 – 54 anos	5.505	5.784	11.289
55 – 59 anos	5.475	5.745	11.220
60 – 64 anos	4.855	5.184	10.039
65 – 69 anos	4.185	5.165	9.350
70 – 74 anos	3.733	4.975	8.708
75 – e mais anos	9.169	14.933	24.102
Total	69.210	77.934	147.144

Fonte: * INE Estimativa 2014

Gráfico 1 – Pirâmide Etária da Distribuição Numérica da População por Sexo e por Idade



Fonte: Elaboração Própria

Da observação da Pirâmide Etária obtida para a população residente por sexo e idade, na área de abrangência da ULS da Guarda, verifica-se que esta apresenta uma base estreita e retraída, refletindo o facto de se tratar de uma população com uma taxa de natalidade cada vez mais baixa. Constata-se também que no topo da Pirâmide, o número de residentes acima da idade da reforma é bastante elevado, o que reflete a existência de um número considerável de indivíduos idosos e também que a Esperança Média de Vida é elevada. O número de residentes feminino é superior ao masculino e o grupo dos adultos é composto por um maior número de indivíduos relativamente aos dos jovens, não havendo, portanto, renovação de gerações, o que pode estar associado aos movimentos migratórios. Assim podemos concluir através do Quadro 5, e do Gráfico 1, que se trata de uma população envelhecida, em que a baixa proporção de jovens contrasta com a grande proporção de adultos e idosos (forma decrescente da Pirâmide).

Quadro 6 – Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade por Concelho

	Taxa Bruta de Natalidade (‰)	Taxa Bruta de Mortalidade (‰)
Portugal	7,9	10,1
Continente	7,9	10,1
Centro	6,8	11,7
Almeida	3,7	20,6
Celorico da Beira	7,1	15,1
Figueira de Castelo Rodrigo	5,5	16,7
Fornos de Algodres	3,5	17,5
Gouveia	6,4	17,6
Guarda	7,1	11,6
Manteigas	4,0	19,0
Meda	3,9	15,3
Pinhel	5,2	14,7
Sabugal	5,3	24,3
Seia	6,7	15,7
Trancoso	4,1	15,7
Vila Nova de Foz Côa	4,9	11,7

Fonte: INE-Estimativa 2014

A taxa de mortalidade é em todos os concelhos, superior à média nacional. Apenas o Concelho da Guarda apresenta uma taxa de mortalidade inferior à média da região centro.

No que diz respeito à taxa de natalidade é em todos os concelhos, inferior à média nacional. Em Celorico da Beira e Guarda verificou-se uma natalidade ligeiramente superior à média da região centro.

Quadro 7 – Índice de Dependência de Idosos por Concelho

Índice de Dependência de Idosos	
Portugal	31,1
Continente	31,6
Centro	36,0
Almeida	62,6
Celorico da Beira	50,1
Figueira de Castelo Rodrigo	56,0
Fornos de Algodres	45,9
Gouveia	57,1
Guarda	32,8
Manteigas	42,6
Meda	62,8
Pinhel	56,2
Sabugal	73,5
Seia	41,4
Trancoso	49,9
Vila Nova de Foz Côa	54,1

Fonte: INE-Estimativa 2014

O quadro acima apresenta a relação entre o número de idosos e a população jovem, que em todos os concelhos da área de influência da ULSG se traduz num elevado nível de envelhecimento populacional.

Através da observação do mesmo quadro, é nítido que a Guarda, apresenta uma população mais envelhecida relativamente à Região Centro e muito envelhecida relativamente ao Continente.

As migrações, o envelhecimento da população residente e o decréscimo acentuado das taxas de natalidade têm sido os fatores determinantes do comportamento demográfico do Distrito da Guarda, iniciado nos anos sessenta.

Em resumo, o Distrito da Guarda é fracamente povoado, insuficientemente urbanizado e nas últimas décadas registou perdas significativas na sua população em consequência de saldos migratórios altamente negativos e de baixas taxas de crescimento rural resultantes de um elevado envelhecimento da população.

2.2. – CARATERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

2.2.1 – Unidade Local de Saúde da Guarda

2.2.1.1 – Enquadramento Legal

A Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG) foi criada em Setembro de 2008, através do Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro, sob a forma de Entidade Pública Empresarial e possui autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro.

A ULSG rege-se pelo postulado nas seguintes normas legais:

- a) Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, que estabelece o regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei 300/2007 de 23 de Agosto;
- b) Decreto-Lei n.º 183/2008, de 04 de Setembro, que cria a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., e aprova os seus estatutos;
- c) Resolução do Conselho de Ministros 49/2007, de 28 de Março de 2007, relativa aos princípios de bom governo das empresas do sector empresarial do Estado;
- d) Resolução do Conselho de Ministros 70/2008, de 22 de Abril de 2008, que fornece orientações estratégicas destinadas ao sector empresarial do Estado;
- e) Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprova o regime jurídico da gestão hospitalar;
- f) Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, que estatui a Lei de Bases da Saúde;
- g) Normas em vigor no Serviço Nacional de Saúde que não contrariem os diplomas constantes na alínea anterior.

No ano 2014, a partir do dia 1 de maio, de acordo com Decreto-Lei n.º 59/2014 de 16 de abril, o Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa passou a ser integrado na ULSG que apresenta desde então a seguinte constituição:

⇒ CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

- ✓ Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP): Almeida, Celorico da Beira; Figueira de Castelo Rodrigo; Fornos de Algodres; Gouveia; Guarda; Manteigas; Meda; Pinhel; Sabugal; Seia; Trancoso e Vila Nova de Foz Côa.
- ✓ Unidade de Saúde Familiar (USF): A Ribeirinha.
- ✓ Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC): Gouveia e Seia.
- ✓ Unidade de Saúde Pública (USP).

⇒ CUIDADOS HOSPITALARES

- ✓ Hospital Sousa Martins (Guarda).
- ✓ Hospital Nossa Senhora da Assunção (Seia).

⇒ CUIDADOS CONTINUADOS (no Hospital Nossa Senhora da Assunção)

- ✓ Unidade de Convalescença
- ✓ Unidade de Cuidados Paliativos

Internamente a ULSG rege-se pelo disposto no seu Regulamento Interno, homologado pelo Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. em 24 de Setembro de 2015, que estabelece os princípios de gestão e de funcionamento da mesma, a respetiva estrutura orgânica e as competências e funcionamento dos serviços que a integram.

A estrutura orgânica pode ser observada através do Organograma da ULS da Guarda (Anexo I).

2.2.1.2 – Missão, Objetivos e Políticas

Segundo o Relatório de Gestão da ULSG (2014), a missão da ULSG centra-se na promoção da saúde e na prevenção e tratamento da doença, de forma integrada, coordenada e humanizada, no tempo adequado e com eficácia, eficiência, efetividade e qualidade à população da sua área de influência, de acordo com as melhores práticas, procurando a obtenção de ganhos em saúde em parceria com os doentes e contribuindo para a sustentabilidade do SNS. Desenvolve, ainda, o ensino, a investigação clínica, a formação de recursos humanos e a especialização técnica dos seus quadros.

A ULSG tem como referencial comum o primado do cidadão, a conciliação das estratégias de saúde (regionais e nacionais) e a otimização dos recursos disponíveis.

A ULSG deve prosseguir uma cultura orientadora de cuidados personalizados e de excelência, tendo por objetivos:

- ⇒ Proporcionar à população abrangida o acesso aos cuidados e a satisfação das suas necessidades em saúde, com níveis de qualidade acrescidos;
- ⇒ Prestar cuidados de saúde de qualidade, em tempo oportuno, e em ambiente humanizado;
- ⇒ Desenvolver um nível de ensino das ciências médicas, de enfermagem, e das tecnologias da saúde, consentâneo com os padrões nacionais e internacionais;

- ⇒ Desenvolver a investigação clínica e científica, promovendo a afirmação da ciência e contribuindo para suportar iniciativas empresariais credíveis, nas áreas das tecnologias da saúde;
- ⇒ Eficácia, eficiência e oportunidade, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- ⇒ Cumprir os contratos programa e os planos de Ação;
- ⇒ Desenvolver projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, de saúde pública, familiar e escolar;
- ⇒ Desenvolver e fomentar a integração de cuidados de saúde, garantindo a complementaridade dos cuidados prestados aos cidadãos e promovendo sinergias entre os estabelecimentos hospitalares, centros e extensões de saúde, com vista à rentabilização e à melhoria dos cuidados de saúde prestados;
- ⇒ Criar dinâmicas de formação e investigação em que o conhecimento seja também um polo de atração de Recursos Humanos e desenvolver as ações de formação necessárias ao desempenho dos seus colaboradores, assegurando o seu desenvolvimento profissional.
- ⇒ Desenvolver funções de gestão partilhada e de infraestruturas com capacidade de orientar e influenciar o sistema para garante da excelência pretendida;

No âmbito do exercício da função acionista no setor empresarial do Estado, a ULSG define os objetivos do seu plano de atividades de prestação de serviços e cuidados de saúde através de Contratos-Programa trienais, revistos anualmente.

O acordo modificativo para o ano 2014 ao Contrato-Programa 2013-2015 estabelece objetivos de gestão, divididos entre objetivos de qualidade/prestação de cuidados de saúde e objetivos de eficiência económico-financeira.

No Relatório de Gestão do ano 2014 da ULSG estão explicitados os objetivos de qualidade e de eficiência com o seu grau de cumprimento ajustado, de acordo com a metodologia da ACSS.

A situação de crise financeira que se tem vivido nos últimos anos e as consequências que daí decorrem condicionam de forma importante a vida das organizações. As restrições orçamentais obrigam a apurar a eficiência, tentando otimizar recursos financeiros escassos associados a resultados cada dia melhores. Tudo associado a um esforço de melhoria de qualidade. Nesse sentido, a ULSG tem procurado - e continuará a procurar, no futuro - estreitar laços de colaboração e cooperação com instituições congéneres e de proximidade, no sentido de se complementar uma alargada oferta de serviços aos utentes. Naturalmente, este esforço tem

uma orientação comum que passa pela articulação com a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).

Ao longo do ano de 2014 foram muitas as dificuldades ao nível de recursos humanos. Tais dificuldades assentam fundamentalmente na carência de pessoas tanto a nível quantitativo como das competências. Acredita-se que só é possível atingir os objetivos propostos, solucionando estes problemas. No que respeita a médicos, é necessário suprir faltas em diversas especialidades hospitalares de forma a dar resposta às solicitações dos utentes e justificar os investimentos na nova unidade já operacional, mau grado todos os problemas iniciais. Já no que concerne aos cuidados de saúde primários, com o apoio da sede hospitalar na retaguarda, tornou-se possível melhorar os cuidados de proximidade, afastando os doentes de desnecessárias deslocações ao hospital. Para tanto, é indispensável dispor de médicos que possam garantir um adequado acompanhamento de doentes.

A ULSG concluiu os procedimentos para a regularização de relações de trabalho atípicas, em vários grupos profissionais e que há vários anos existiam, com prejuízo para todos. Dessa forma torna-se possível estabelecer laços estáveis que se refletem em melhor desempenho. Nas áreas administrativas continuaram os processos de contratação de Técnicos Superiores e Assistentes Técnicos e Operacionais.

Ao dotar-se a ULSG de recursos humanos de acordo com as suas necessidades, está-se a fortalecer uma instituição que tem que se distinguir pela qualidade das suas práticas associada a uma capacidade de resposta aos utentes. A interatividade entre cuidados de saúde primários e hospitalares tem que estar na ordem do dia, associadas à autossustentabilidade da instituição.

A cooperação no ensino, nomeadamente ensino médico, é também uma via que tem que ser estimulada, na medida em que contribui para desenvolver um fluxo de conhecimento biunívoco e reforça a atratividade da instituição.

No desenvolvimento da sua atividade, a ULSG e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes princípios:

- ⇒ Legalidade, Igualdade, Proporcionalidade, Colaboração e Boa-fé;
- ⇒ Humanismo no relacionamento com os utentes e colegas de trabalho;
- ⇒ Respeito pela dignidade humana;
- ⇒ Qualidade nas prestações, com níveis de serviço e de resultados elevados;
- ⇒ Competência e responsabilidade.

Os valores que orientam o comportamento e a atuação a ULSG são:

- ⇒ Atitude centrada no doente e na promoção da saúde pública e da comunidade, respeitando os valores do cidadão e da família;
- ⇒ Cultura de excelência técnica, científica e do conhecimento, como um valor a prosseguir continuamente;
- ⇒ Cultura interna de multidisciplinaridade e de bom relacionamento no trabalho;
- ⇒ Responsabilidade Social, contribuindo para a otimização na utilização dos recursos e da capacidade instalada.

Importa ressaltar alguns fatores chave dos quais dependem os resultados da ULSG e que por não terem sido suficientes no exercício 2014, condicionaram os mesmos:

- ⇒ Recursos Humanos em diversas especialidades médicas e técnicas;
- ⇒ Recursos financeiros escassos, ainda que seja preocupação constante dos órgãos de gestão e chefias intermédias o otimização do orçamento atribuído.

2.2.2 – Prestação de Cuidados de Saúde

2.2.2.1 – Cuidados de Saúde Primários

Nos termos do artigo 45.º do Regulamento Interno da ULSG:

1. Os cuidados de saúde primários da ULSG consistem na prestação de cuidados primários à população da sua área geográfica de influência.
2. Devem constituir o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, desenvolvendo atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e, sempre que necessário, promovendo a articulação com outros serviços para continuidade dos cuidados.
3. Os cuidados de saúde primários prestados na ULSG incluem também o desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.
4. A área dos cuidados de saúde primários estrutura-se no Departamento de Cuidados de Saúde Primários, constituído pelo conjunto de centros de saúde que integram a ULS e o seu regime encontra-se previsto, por força do seu artigo 42.º-A, no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de Novembro.

Nos termos do artigo 46.º do Regulamento Interno:

1. O Departamento de Cuidados de Saúde Primários da ULSG integra as seguintes unidades funcionais:
 - a) Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
 - b) Unidade de Saúde Familiar (USF);
 - c) Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).
2. Cada unidade funcional tem um coordenador, designado nos termos do Decreto-Lei n.º28/2008, de 22 de fevereiro, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º253/2012, de 27 de Novembro, constando deste diploma as suas competências e regime de exercício de funções.

Nos termos do artigo 47.º do Regulamento Interno:

1. Os centros de saúde operam numa lógica de proximidade, devendo assegurar aos utentes a máxima acessibilidade possível, nomeadamente através do princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas para hora determinada.
2. Os centros de saúde asseguram o seu funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado, por decisão do Conselho de Administração, nos dias úteis, e, eventualmente, aos sábados, domingos e feriados, em função das necessidades em saúde da população e características geodemográficas da área por eles abrangida e da disponibilidade de recursos.
3. O coordenador da UCSP, nomeado nos termos do Decreto-Lei n.º28/2008, de 22 de Fevereiro, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º253/2012, de 27 de Novembro, assume as funções de coordenação do centro de saúde respetivo.
4. Em cada centro de saúde pode funcionar, pelo menos, uma Unidade de Saúde Familiar (USF), uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e/ou uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).
5. As Unidades Funcionais dos centros de saúde da ULSG encontram-se estruturalmente organizadas do seguinte modo:
 - a) Centro de Saúde de Almeida – uma UCSP;
 - b) Centro de Saúde de Celorico da Beira – uma UCSP;
 - c) Centro de Saúde de Figueira de Castelo Rodrigo – uma UCSP;
 - d) Centro de Saúde de Fornos de Algodres – uma UCSP;
 - e) Centro de Saúde de Gouveia – uma UCSP e uma UCC;
 - f) Centro de Saúde da Guarda – uma UCSP e uma USF;

- g) Centro de Saúde de Manteigas – uma UCSP;
 - h) Centro de Saúde de Meda – uma UCSP;
 - i) Centro de Saúde de Pinhel – uma UCSP;
 - j) Centro de Saúde de Sabugal – uma UCSP;
 - k) Centro de Saúde de Seia – uma UCSP e uma UCC;
 - l) Centro de Saúde de Trancoso – uma UCSP;
 - m) Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa – uma UCSP.
6. Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional que atua com autonomia organizativa e técnica e em intercooperação com as restantes unidades funcionais do centro de saúde e com as demais unidades orgânicas da ULSG.
7. As unidades funcionais que compõem o centro de saúde podem, por razões fundamentadas nas características sócio demográficas das populações abrangidas e no cumprimento dos objetivos contratualizados, desconcentrar a sua atividade em locais cuja organização e horário de funcionamento sejam especificamente aprovados pelo Conselho de Administração, designados por extensões de saúde.

Nos termos do artigo 48.º do Regulamento Interno: À Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) compete, segundo o disposto no artigo 10.º do Decreto-Lei 28/2008, de 22 de Fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º253/2012, de 27 de Novembro, prestar cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

Nos termos do artigo 49.º do Regulamento Interno: A Unidade de Saúde Familiar (USF) é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assenta em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo, nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º298/2007, de 22 de Agosto.

Nos termos do artigo 50.º do Regulamento Interno: A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida competindo-lhe, segundo o disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei 28/2008, de 22 de Fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º253/2012, de 27 de Novembro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, atuando ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

2.2.2.2 – Cuidados de Saúde Hospitalares

Nos termos do artigo 51.º do Regulamento Interno:

1. As Unidades Hospitalares que integram a ULSG têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população da sua área de influência.
2. Integram a ULSG, as seguintes Unidades Hospitalares:
 - a) Hospital de Sousa Martins – Guarda;
 - b) Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia.

Nos termos do artigo 52.º do Regulamento Interno:

1. A organização das áreas de prestação de cuidados em Departamentos é um pressuposto essencial ao modelo empresarial da Instituição, constituindo um nível intermédio de gestão com um elevado grau de autonomia, autoridade e responsabilidade.
2. Os Cuidados Hospitalares compreendem os seguintes departamentos, serviços e unidades de prestação de cuidados:
 - a) Departamento de Medicina: Serviço de Cardiologia; Serviço de Gastrenterologia; Serviço de Medicina; Serviço de Pneumologia; Serviço de Neurologia; Serviço de Reumatologia; Unidade de AVCs; Serviço de Dermatologia; Unidade de Oncologia; Unidade da Dor; Medicina Física e Reabilitação.
 - b) Departamento de Cirurgia: Serviço de Cirurgia Geral da Guarda; Serviço de Oftalmologia; Serviço de Ortopedia; Serviço de Otorrinolaringologia; Serviço de Urologia; Bloco Operatório; Cirurgia Ambulatório.
 - c) Departamento de Urgência/Emergência e Medicina Intensiva: Urgência Geral; Serviço de Urgência Básica; Unidade de Cuidados Intensivos; VMER; Serviço de Anestesiologia.
 - d) Departamento de Saúde da Criança e da Mulher: Serviço de Ginecologia; Serviço de Obstetrícia; Unidade de Urgência Obstétrica; Serviço de Pediatria/Neonatologia; Unidade de Urgência Pediátrica.
 - e) Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental: Serviço de Pedopsiquiatria; Serviço de Psiquiatria; Serviço de Psicologia Clínica.

3. A estrutura e composição dos Departamentos podem ser alterados conforme as necessidades e de acordo com a avaliação que sobre elas for efetuada pelo Conselho de Administração.

2.2.2.3 – Cuidados Continuados

Nos termos do artigo 54.º do Regulamento Interno:

1. A ULSG concretiza um modelo de intervenção integrada de cuidados continuados, quer de base comunitária quer de internamento hospitalar, no sentido de garantir a prestação de cuidados de saúde e apoio social a pessoas que, independentemente da sua idade, deles necessitem na sua recuperação, reabilitação e reintegração, bem como garantir o bem-estar e a qualidade de vida a doentes em situação irreversível ou crónica progressiva, com base no disposto do diploma que criou a Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI), Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º136/2015, de 28 de julho.
2. A prestação de cuidados continuados integrados na ULSG é assegurada por:
 - a) Unidades de Internamento;
 - b) Equipas hospitalares – Equipas de Gestão de Altas;
 - c) Equipas domiciliárias – Equipas de Cuidados Continuados Integrados.
3. A coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é, a nível local, assegurada pelas Equipas Coordenadoras Locais.

2.2.2.4 – Saúde Pública

Nos termos do artigo 59.º do Regulamento Interno:

1. Os Cuidados de Saúde Pública constituem-se como uma estrutura flexível de vigilância e monitorização da saúde da população abrangida pela ULSG, essenciais à promoção da saúde, controlo e prevenção da doença.
2. A integração com os cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados deverá ser assegurada pelo Gabinete de Gestão da Doença, para o que contará com a colaboração de todos os níveis de cuidados.

2.2.3 – Gabinete de Estatística Planeamento e Apoio à Gestão

2.2.3.1 – Competências e Composição do Gabinete

O Gabinete de Estatística Planeamento e Apoio à Gestão (doravante GEPAG) reúne, analisa, sistematiza e reporta informação relativa ao planeamento, à monitorização e ao controlo da produção dos recursos humanos, materiais e económico-financeiros envolvidos na prestação de cuidados de forma atempada, com eficiência, rigor e objetividade. É um serviço central na gestão estratégica e na atividade operacional da ULSG.

De acordo com o Regulamento Interno no seu artigo 81.º:

1. Compete ao Serviço de Estatística, Planeamento e Apoio à Gestão, nomeadamente:
 - a) Garantir a produção de informação pertinente, fiável e em tempo útil, sobre a atividade da ULSG, para fins de gestão interna e para resposta às entidades superiores de tutela;
 - b) Preparar os documentos e sistematizar a informação necessária à elaboração do processo de contratualização interna e externa;
 - c) Acompanhar, monitorizar e avaliar a execução dos objetivos estabelecidos em sede de processo de contratualização interna e externa
 - d) Produzir regularmente informação de gestão destinada ao Conselho de Administração e Diretores de Departamentos;
 - e) Efetuar análises periódicas sobre evolução dos principais indicadores de gestão e formular recomendações sobre os desvios detetados;
 - f) Elaborar a proposta de Plano de Ação e Relatório de Atividades Anual da ULSG;
 - g) Analisar a viabilidade económico-financeira de projetos de investimento que lhe sejam submetidas pelo Conselho de Administração;
 - h) Preparação e controlo da execução dos projetos de investimento objeto de financiamento externo;
 - i) Realizar estudos de avaliação económica no âmbito de projetos desenvolvidos pela ULSG.
2. O Serviço de Estatística, Planeamento e Apoio à Gestão é dirigido por um diretor nomeado pelo Conselho de administração, segundo critérios de qualificações, competência e experiência.

O Serviço de Estatística, Planeamento e Apoio à Gestão é composto por três elementos:

- ⇒ Diretora Dr.^a Imaculada Ponciano – Responsável pela coordenação e validação de toda a informação do gabinete;
- ⇒ Colaboradora Dr.^a Rufina Martinho (aluna) – Responsável pela área dos Cuidados de Saúde Primários;
- ⇒ Colaboradora Dr.^a Cláudia Amaral – Responsável pela área dos Cuidados Hospitalares.

PARTE III

AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

3 – AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

3.1 – POPULAÇÃO INSCRITA NOS CLÍNICOS GERAIS

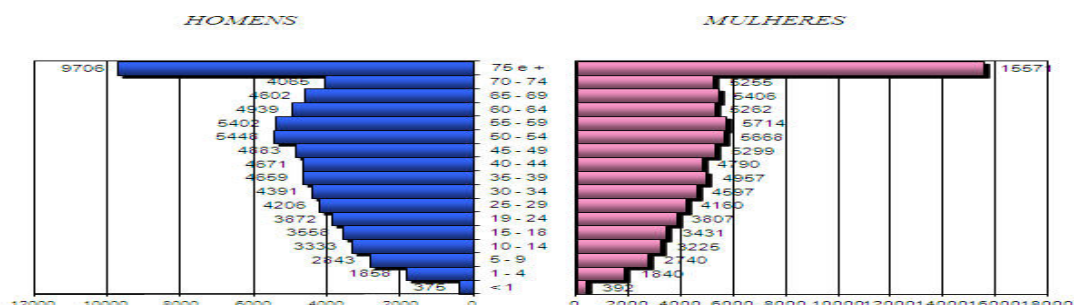
Podemos constatar no Quadro 8 e Gráfico 2 que existe uma diferença relativamente significativa, com uma tendência favorável aos indivíduos do sexo feminino relativamente ao sexo masculino. Pela observação aos utentes inscritos, refira-se que apesar de haver bastantes indivíduos do sexo masculino inscritos em Clínicos Gerais, sem dúvida a maior ocorrência a estes cuidados são efetuados por mulheres.

Quadro 8 – Registo da População Inscrita nos Clínicos Gerais – Total dos Centros de Saúde

IDADES	HM	H	M
<1	767	375	392
1 -4	3.698	1.858	1.840
5 - 9	5.583	2.843	2.740
10 – 14	6.558	3.333	3.225
15 – 19	6.989	3.558	3.431
20 – 24	7.679	3.872	3.807
25 – 29	8.366	4.206	4.160
30 – 34	8.988	4.391	4.597
35 – 39	9.616	4.659	4.957
40 – 44	9.461	4.671	4.790
45 - 49	10.182	4.883	5.299
50 – 54	11.116	5.448	5.668
55 – 59	11.116	5.402	5.714
60 – 64	10.201	4.939	5.262
65 – 69	10.008	4.602	5.406
70 – 74	9.320	4.065	5.255
75 e mais anos	25.277	9.706	15.571
TOTAL	154.925	72.811	82.114

Fonte: SINUS (2014)

Gráfico 2 – Pirâmide Etária da População Inscrita nos Clínicos Gerais – Total Centros de Saúde



Fonte: Elaboração Própria

3.2 – RECURSOS HUMANOS

Com a integração da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Vila Nova de Foz Côa, a partir de 1 de maio de 2014, os recursos humanos dessa Unidade (40 colaboradores) passaram a incorporar o total de efetivos da ULSG. A maioria das Unidades apresentou variações negativas, sendo a UCSP de Fornos de Algodres a que sofreu maior diminuição percentual de efetivos, com uma variação negativa de 20,83% (menos 5 colaboradores), seguida da UCSP de Gouveia com uma variação negativa de 9,72% (menos 7 colaboradores), conforme se pode ver no quadro 9.

Quadro 9 – Recursos Humanos nos Centros de Saúde

Centros de Saúde	2014	2013	$\Delta\%$ 2014/2013
CS Almeida	26	28	-7,14%
CS Celorico da Beira	25	26	-3,85%
CS Figueira Castelo Rodrigo	21	20	5,00%
CS Fornos Algodres	19	24	-20,83%
CS Gouveia	65	72	-9,72%
CS Guarda	101	101	0,00%
CS Manteigas	23	23	0,00%
CS Meda	25	26	-3,85%
CS Pinhel	33	36	-8,33%
CS Sabugal	42	46	-8,70%
CS Seia	65	67	-2,99%
CS Trancoso	34	33	3,03%
CS Vila Nova de Foz Côa	40		
TOTAL	519	502	3,39%

Fonte: Gabinete Recursos Humanos da ULSG (2014)

3.3 – OBJETIVOS DE GESTÃO

No âmbito do exercício da função acionista no setor empresarial do Estado, a ULSG define os objetivos do seu plano de atividades de prestação de serviços e cuidados de saúde através de Contratos-Programa trienais, revistos anualmente.

O acordo modificativo para o ano 2014 ao Contrato-Programa 2013-2015 estabelece objetivos de gestão, divididos entre objetivos de qualidade/prestação de cuidados de saúde e objetivos de eficiência económico-financeira.

Os objetivos de qualidade para a área dos Cuidados de Saúde Primários foram estabelecidos a nível nacional, regional (Região Centro) e Local (ULSG).

A seguir são apresentados os objetivos/indicadores contratualizados para o ano 2014 com os respetivos valores atingidos e grau de cumprimento ajustado.

De acordo com a Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos 2014, estabelecida pela ACSS, o resultado de cada indicador contribui para a construção do Índice de Desempenho Global, o qual tem os seguintes limites:

- ⇒ Grau de cumprimento do indicador inferior a 50% => grau de cumprimento ajustado = 0%;
- ⇒ Grau de cumprimento do indicador entre 50% e 120% => grau de cumprimento ajustado = ao próprio valor;
- ⇒ Grau de cumprimento do indicador superior a 120% => grau de cumprimento ajustado = 120%.

Importa ressaltar alguns fatores chave dos quais dependem os resultados da ULSG e que por não terem sido suficientes no exercício 2014, condicionaram os mesmos:

- ⇒ Recursos Humanos, nas diversas especialidades;
- ⇒ Recursos financeiros escassos, ainda que seja preocupação constante dos órgãos de gestão e chefias intermédias e otimização do orçamento atribuído.

Quadro 10 – Objetivos de Gestão dos Cuidados de Saúde Primários

Objetivos de Qualidade/Prestação de Cuidados de Saúde Primários	Contrato Programa	Realizado	% Cumprimento Ajustado
Objetivos Nacionais			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	91,00%	88,62%	97,38%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	152,00%	157,40%	103,55%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	45,00%	40,77%	90,60%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	30,00%	25,12%	83,73%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	90,00%	82,92%	92,13%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	30,00%	18,60%	62,00%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	53,00%	44,05%	83,11%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	68,00%	67,23%	98,87%
Objetivos Regionais			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	15,00%	16,09%	107,27%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	19,00%	12,55%	66,05%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	43,00%	34,73%	80,77%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	2,00%	0,94%	0,00%
Objetivos Locais			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	90,00%	88,22%	98,02%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	38,00%	40,05%	105,39%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

No Quadro 10 estão evidenciados as metas/objetivos nos CSP, a alcançar e respetivos graus de cumprimento ajustado, no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela ULSG, de acordo com o Contrato-Programa 2014.

Os melhores resultados foram obtidos nos Indicadores, nomeadamente taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1000 inscritos e proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado. O pior resultado ficando com um grau de cumprimento ajustado nulo é o Indicador Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos.

3.4– ATIVIDADE GLOBAL

Entre tantos conceitos de Cuidados de Saúde Primários, aquele definido na Conferência Internacional de Alma-Ata, em setembro de 1978, continua atual e pode ser resumido como “os cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente credíveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo comportável para as comunidades e para os países à medida que eles se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação.”

Na ULSG os Cuidados de Saúde Primários representam não só o primeiro acesso ao Serviço Nacional de Saúde como também estão inseridos num conceito integrador dos diferentes níveis de cuidados que potenciam melhores resultados em saúde.

Nos quadros seguintes (quadro 11 e 12), está refletida a evolução dos níveis de produção associados à prestação de cuidados de saúde entre os anos 2014 e 2013.

Quadro 11 – Movimento Assistencial Detalhado – Total dos Centros de Saúde

Movimento Assistencial Detalhado	2014	2013	$\Delta\%$ 2014/2013
Saúde de Adultos	358.263	372.700	-3,87%
Saúde Infantil	30.912	32.406	-4,61%
Saúde Materna	5.872	5.707	2,89%
Planeamento Familiar	15.541	16.846	-7,75%
Domicílios	2.377	2.627	-9,52%
SAP	103.376	95.885	7,81%
Atividade de Enfermagem	716.922	723.317	-0,88%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

A atividade médica nos cuidados de saúde primários desenvolve-se através das linhas de produção de saúde de adultos, saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar e domicílios. No que respeita à evolução da atividade médica entre os períodos em análise verifica-se uma diminuição de 17.321 consultas realizadas.

Diminuição significativa relativamente ao período homólogo, das consultas de Saúde de Adultos, Saúde Infantil, Planeamento Familiar e Domicílios, com exceção das consultas de Saúde Materna.

Relativamente à atividade de enfermagem registou-se uma diminuição de 0,88%.

A redução do número total de consultas e outros atos médicos e de enfermagem no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários da ULS, poderá estar relacionada com a diminuição dos recursos humanos em vários grupos profissionais, aumento das taxas moderadoras e à imigração da população jovem.

Quadro 12 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da ULS

<i>Indicadores Globais – ULS</i>	2014	2013	Δ% 2014/2013
<i>Eixo Nacional</i>			
<i>Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos</i>	88,62%	90,46%	-2,03%
<i>Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos</i>	157,4‰	152,37‰	4,30%
<i>Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos</i>	40,77%	39,35%	3,61%
<i>Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos</i>	25,12%	17,69%	42,00%
<i>Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2</i>	82,92%	79,78%	3,94%
<i>Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar</i>	18,60%	16,63%	11,85%
<i>Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário</i>	44,05%	47,09%	-6,46%
<i>Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise</i>	67,23%	67,07%	0,24%
<i>Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)</i>	175,19€	173,80€	0,80%
<i>Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)</i>	35,83€	33,93€	5,60%
<i>Eixo Regional</i>			
<i>Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos</i>	16,09%	3,50%	359,71%
<i>Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado</i>	12,55%	8,11%	54,75%
<i>Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos</i>	34,73%	33,90%	2,45%
<i>Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos</i>	0,94%	0,83%	13,25%
<i>Eixo Local</i>			
<i>Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida</i>	88,22%	87,85%	0,42%
<i>Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado</i>	40,05%	28,87%	38,73%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Não obstante a referência aos indicadores contratualizados no âmbito dos cuidados de saúde primários, efetuada no ponto 4.3 deste capítulo, importa ressaltar que se registou uma evolução positiva no que respeita a indicadores de atividade assistencial do último ano, nomeadamente no aumento da proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos,

com quantificação de hábitos tabágicos, proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área de planeamento familiar, proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado e proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado.

A melhoria dos registos de colpocitologias traduz-se numa evolução positiva num indicador que é de qualidade e efetividade.

Por último, salienta-se o aumento no consumo de medicamentos genéricos, o qual tem como consequência uma relevante redução no custo médio de medicamentos.

A evolução positiva dos indicadores de atividade assistencial de um modo geral em todas as UCSP da área de abrangência da ULSG, deve-se ao trabalho dos profissionais das UCSP e principalmente no reconhecimento e sensibilização da importância na melhoria dos registos.

3.5 – ATIVIDADE ASSISTENCIAL POR UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

Do quadro 13 ao quadro 39 são apresentados os desempenhos de cada uma das UCSP'S e USF no que diz respeito aos indicadores contratualizados entre a ULSG e a ARSC e ainda o movimento assistencial no que diz respeito às consultas, domicílios, SAP e atividades de enfermagem.

Nos quadros referidos está refletida a evolução dos níveis de produção associados à prestação de cuidados de saúde entre os anos 2013 e 2014. Verificou-se uma melhoria significativa na qualidade dos registos clínicos, face ao período homólogo, no que diz respeito:

- ⇒ UCSP Almeida (Quadros 13 e quadro 14) são de destacar os Indicadores, Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida e Proporção de embalagens de medicamentos faturados que são genéricos;
- ⇒ UCSP de Celorico da Beira (Quadros 15 e quadro 16), são de referir os Indicadores, Proporção de crianças com 2 anos com acompanhamento adequado e Proporção de mulheres entre [25;60] anos com colpocitologia nos últimos 3 anos;
- ⇒ UCSP de Figueira de Castelo Rodrigo (Quadros 17 e quadro 18), são de destacar os indicadores Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos e Proporção de mulheres de idade fértil com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar;
- ⇒ UCSP de Fornos de Algodres (Quadros 19 e quadro 20), são de destacar os Indicadores Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado e Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado;

- ⇒ UCSP de Gouveia (Quadros 21 e 22), são de destacar os Indicadores Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado e Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos;
- ⇒ UCSP de Guarda (Quadros 23 e 24), são de destacar os Indicadores Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado e Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos;
- ⇒ UCSP de Manteigas (Quadros 25 e 26), são de destacar os Indicadores Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado e Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos;
- ⇒ UCSP de Meda (Quadros 27 e 28), são de destacar os Indicadores Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado e Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado;
- ⇒ UCSP de Pinhel (Quadros 29 e 30), são de destacar os Indicadores Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado e Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos;
- ⇒ UCSP de Sabugal (Quadros 31 e 32), são de destacar os Indicadores Proporção de mulheres de idade fértil com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar e Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado;
- ⇒ UCSP de Seia (Quadros 33 e 34), são de destacar os Indicadores Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado e crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado;
- ⇒ UCSP de Trancoso (Quadros 35 e 36), são de destacar os Indicadores Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos e Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos;
- ⇒ UCSP de Vila Nova de Foz Côa (quadros 37), os Indicadores para os CSP não ficarão disponíveis no SIARS;
- ⇒ USF a Ribeirinha (Quadros 38 e 39), são de destacar os Indicadores Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado e Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos;

Sendo o processo de contratualização considerado um fator fundamental na implementação da reforma em curso dos Cuidados de Saúde Primários, e decorrer da Contratualização Externa (ULSG com ARSC) e Contratualização Interna com as Unidades Funcionais da ULSG, no Ano 2014 apenas se iniciou-se o processo de contratualização interna com a USF Ribeirinha. Com as restantes Unidades Funcionais (13 UCSP), foi feito a Monitorização e Acompanhamento dos Indicadores da Contratualização Externa. Tendo-se iniciado os processos de afetação de

recursos, definição das áreas de influência e intervenção, e ainda a análise das características do contrato assistencial e compromisso, com a finalidade de servir de base, destas unidades à contratualização interna para 2015 (mais as 2 UCC e USP).

No processo de contratualização iniciado, consideramos que não obstante os múltiplos constrangimentos e dificuldades sentidas, o referido processo permitiu uma necessária reflexão interna, identificando oportunidades, ameaças, pontos fortes e fracos do ACES da Guarda, destacamos no entanto como críticas/sugestões a seguir mencionadas:

- ⇒ A insuficiente sensibilidade para uma gestão orientada para os resultados, e do assumir do compromisso com uma “nova” cultura de contratualização, com base em metas e objetivos e claramente definidos e quantificados, com a necessária envolvência de todos os profissionais;
- ⇒ A não formalização informática efetiva das UCSP, UCC e USP do ACES da Guarda, que faculte a sua individualização em termos de indicadores de desempenho que facilite a análise dos valores atingidos;
- ⇒ A importância de reforçar a formação dos profissionais ao nível da adequação dos registos nos sistemas informáticos e reflexão interna sobre os mesmos, bem como a análise aos Bilhetes de Identidade dos Indicadores, disponível no documento Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários para o Ano 2014, da ACSS.

Saliente-se que este processo de contratualização permitiu a reorganização do atendimento nas diferentes Unidades Funcionais, a otimização dos recursos disponíveis, diminuindo o impacto da diminuição significativa dos recursos humanos, a manutenção da intervenção nas áreas de medicina preventiva e da promoção da saúde e o envolvimento dos profissionais de saúde orientado para a melhoria dos resultados dos indicadores contratualizados.

Perante o anteriormente exposto, consideramos que não obstante as fragilidades e dificuldades sentidas com este processo de contratualização e sua implementação, este permitiu essencialmente efetuar a auto e hetero-avaliação dos cuidados prestados, através de indicadores precisos, bem como a sua comparação, e fundamentalmente encontrar os principais constrangimentos que inviabilizaram a obtenção de melhores resultados que espelhem a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população dos CSP da ULS da Guarda.

Quadro 13 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Almeida

<i>Indicadores Globais – UCSP Almeida</i>	2014	2013	Δ% 2014/2013
<i>Eixo Nacional</i>			
<i>Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos</i>	88,69%	90,82%	-2,35%
<i>Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos</i>	262,18%	304,88%	-14,01%
<i>Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos</i>	44,99%	42,21%	6,59%
<i>Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos</i>	11,23%	11,13%	0,90%
<i>Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2</i>	90,29%	92,67%	-2,57%
<i>Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar</i>	21,01%	22,05%	-4,72%
<i>Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário</i>	87,50%	84,48%	3,57%
<i>Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise</i>	72,63%	72,06%	0,79%
<i>Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)</i>	164,02€	153,44€	6,90%
<i>Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)</i>	26,44€	22,10€	19,64%
<i>Eixo Regional</i>			
<i>Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos</i>	3,44%	1,26%	173,02%
<i>Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado</i>	10,90%	11,59%	-5,95%
<i>Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos</i>	31,99%	37,43%	-14,53%
<i>Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos</i>	0,82%	0,79%	3,80%
<i>Eixo Local</i>			
<i>Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida</i>	100,00%	85,00%	17,65%
<i>Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado</i>	59,38%	70,59%	-15,88%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)**Quadro 14 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Almeida**

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Almeida		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	16.898	20.712	-18,41%
Saúde Infantil	832	1.393	-40,27%
Saúde Materna	182	191	-4,71%
Planeamento Familiar	648	862	-24,83%
Domicílios	100	143	-30,07%
SAP	7.428	4.604	61,34%
Atividade de Enfermagem	60.600	61.619	-1,65%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 15 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Celorico da Beira

Indicadores Globais – UCSP Celorico da Beira	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	89,91%	92,23%	-2,52%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	196‰	183,52‰	6,80%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	44,85%	43,63%	2,80%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	15,45%	16,18%	-4,51%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	87,25%	81,73%	6,75%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	11,27%	12,05%	-6,47%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	45,45%	70,51%	-35,54%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	71,63%	71,95%	-0,44%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	152,52€	149,20€	2,23%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	34,07€	34,35€	-0,82%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	5,68%	1,75%	224,57%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	3,46%	7,16%	-51,68%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	25,73%	23,89%	7,70%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	1,17%	1,10%	6,36%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	97,83%	97,22%	0,63%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	22,00%	4,88%	350,82%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)**Quadro 16 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Celorico da Beira**

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Celorico da Beira		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	15.996	19.997	-20,01%
Saúde Infantil	1.708	2.810	-39,22%
Saúde Materna	337	407	-17,20%
Planeamento Familiar	1.167	1.505	-22,46%
Domicílios	112	105	6,67%
SAP	9.570	6.164	55,26%
Atividade de Enfermagem	45.917	44.587	2,98%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 17 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Fig. de Castelo Rodrigo

Indicadores Globais – UCSP Figueira de Castelo Rodrigo	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	91,74%	93,60%	-1,99%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	151,84‰	223,41‰	-32,04%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	45,45%	44,06%	3,15%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	42,67%	17,37%	145,65%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	94,53%	89,56%	5,55%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	24,15%	21,58%	11,91%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	33,33%	34,88%	-4,44%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	66,74%	67,22%	-0,71%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	200,36€	190,82€	5,00%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	19,47€	18,00€	8,17%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	20,85%	0,11%	18854,55%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	17,82%	0,00%	
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	27,61%	25,34%	8,96%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	1,13%	1,08%	4,63%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	97,30%	100,00%	-2,70%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	16,00%	0,00%	

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)**Quadro 18 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Fig. de Castelo Rodrigo**

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Figueira de Castelo Rodrigo		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	12.290	13.280	-7,45%
Saúde Infantil	806	910	-11,43%
Saúde Materna	322	294	9,52%
Planeamento Familiar	831	937	-11,31%
Domicílios	87	122	-28,69%
SAP	7.647	7.682	-0,46%
Atividade de Enfermagem	50.947	53.732	-5,18%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 19 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Fornos de Algodres

Indicadores Globais – UCSP Fornos de Algodres	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	91,37%	93,64%	-2,42%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	158%	122,77%	28,70%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	40,95%	40,03%	2,30%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	32,89%	23,30%	41,16%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	84,14%	56,22%	49,66%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	23,38%	16,56%	41,18%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	62,12%	46,43%	33,79%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	58,59%	59,57%	-1,65%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	202,81€	181,56€	11,70%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	27,34€	20,75€	31,76%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	26,65%	6,83%	290,19%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	27,99%	10,24%	173,34%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	41,39%	34,21%	20,99%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	0,67%	0,44%	52,27%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	100%	84,85%	17,86%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	44,44%	3,13%	1319,81%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)**Quadro 20 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Fornos de Algodres**

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Fornos de Algodres		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	16.848	22.690	-25,75%
Saúde Infantil	1,304	2.062	-36,76%
Saúde Materna	292	362	-19,34%
Planeamento Familiar	1.189	1.215	-2,14%
Domicílios	263	266	-1,13%
SAP	8.336	4.414	88,85%
Atividade de Enfermagem	49.155	45.370	8,34%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 21 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Gouveia

Indicadores Globais – UCSP Gouveia	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	91,87%	93,81%	-2,07%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	285,55‰	286,49‰	-0,33%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	37,17%	35,69%	4,15%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	25,34%	13,58%	86,60%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	97,49%	95,92%	1,64%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	25,30%	23,13%	9,38%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	64,14%	60,27%	6,42%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	58,65%	58,63%	0,03%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	193,14€	183,76€	5,10%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	61,48€	56,32€	9,16%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	19,07%	5,06%	276,88%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	14,76%	10,90%	35,41%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	38,24%	35,70%	7,11%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	1,17%	1,20%	-2,50%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	97,62%	87,04%	12,16%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	30,99%	10,99%	181,98%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 22 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Gouveia

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Gouveia		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	46.524	49.241	-5,52%
Saúde Infantil	3.348	3.288	1,82%
Saúde Materna	707	680	3,97%
Planeamento Familiar	1.793	1.878	-4,53%
Domicílios	139	136	2,21%
SAP	18.382	17.808	3,22%
Atividade de Enfermagem	98.467	93.591	5,21%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 23 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Guarda

Indicadores Globais – UCSP Guarda	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	83,04%	85,17%	-2,50%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	33,91%	43,87%	-22,70%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	41,26%	40,03%	3,07%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	17,83%	11,78%	51,36%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	79,89%	81,27%	-1,70%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	18,76%	17,97%	4,40%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	23,00%	18,68%	23,13%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	71,10%	69,93%	1,67%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	138,84€	130,77€	6,17%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	26,25€	24,20€	8,47%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	8,90%	1,30%	584,62%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	8,35%	8,07%	3,47%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	33,16%	34,53%	-3,97%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	0,60%	0,53%	13,21%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	86,41%	90,00%	-3,99%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	49,73%	29,79%	66,94%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 24 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Guarda

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Guarda		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	58.928	60.492	-2,59%
Saúde Infantil	6.904	6.573	5,04%
Saúde Materna	1.118	1.080	3,52%
Planeamento Familiar	3.338	3.734	-10,61%
Domicílios	180	198	-9,09%
Consulta Aberta	432	3.822	-88,70%
Atividade de Enfermagem	68.886	75.822	-9,15%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 25 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Manteigas

Indicadores Globais – UCSP Manteigas	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	90,19%	92,63%	-2,63%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	154,67‰	182,71‰	-15,35%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	42,34%	43,28%	-2,17%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	36,22%	32,54%	11,31%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	95,61%	93,89%	1,83%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	17,59%	18,34%	-4,09%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	76,00%	83,33%	-8,80%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	50,69%	50,50%	0,38%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	198,12€	204,65€	-3,19%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	39,47€	36,60€	7,84%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	19,17%	8,35%	129,58%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	17,25%	15,44%	11,72%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	32,41%	38,61%	-16,06%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	2,13%	2,08%	2,40%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	93,33%	100,00%	-6,67%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	76,92%	91,67%	-16,09%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)**Quadro 26 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Manteigas**

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Manteigas		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	7.263	9.050	-19,75%
Saúde Infantil	493	543	-9,21%
Saúde Materna	93	78	19,23%
Planeamento Familiar	115	95	21,05%
Domicílios	116	187	-37,97%
SAP	4.294	3.940	8,98%
Atividade de Enfermagem	30.524	33.976	-10,16%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 27 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Meda

Indicadores Globais – UCSP Meda	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	92,77%	94,00%	-1,31%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	329,65‰	261,55‰	26,04%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	33,32%	30,66%	8,68%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	16,15%	9,62%	67,88%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	76,51%	67,62%	13,15%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	12,77%	10,18%	25,44%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	68,18%	60,98%	11,81%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	70,87%	71,19%	-0,45%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	193,99€	179,25€	8,22%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	48,25€	38,88€	24,10%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	15,40%	1,99%	673,87%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	13,74%	7,83%	75,48%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	31,41%	25,81%	21,70%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	1,04%	0,67%	55,22%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	100%	89,47%	11,77%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	15,79%	0,00%	

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 28 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Meda

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Meda		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	11.587	13.112	-11,63%
Saúde Infantil	959	961	-0,21%
Saúde Materna	163	200	-18,50%
Planeamento Familiar	699	659	6,07%
Domicílios	39	72	-45,83%
SAP	6.435	6.688	-3,78%
Atividade de Enfermagem	49.248	40.707	20,98%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 29 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Pinhel

Indicadores Globais – UCSP Pinhel	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	91,72%	93,76%	-2,18%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	205,37‰	175,67‰	16,91%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	43,96%	42,68%	3,00%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	3,93%	1,80%	118,33%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	57,10%	54,16%	5,43%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	3,22%	3,15%	2,22%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	41,25%	77,46%	-46,75%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	67,55%	67,92%	-0,54%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	160,71€	149,29€	7,65%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	21,91€	21,40€	2,38%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	0,23%	0,08%	187,50%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	3,64%	10,62%	-65,73%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	35,30%	34,92%	1,09%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	0,49%	0,46%	6,52%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	72,50%	80,00%	-9,38%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	32,43%	2,50%	1197,20%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)**Quadro 30 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Pinhel**

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Pinhel		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	22.457	26.424	-15,01%
Saúde Infantil	1.297	1.546	-16,11%
Saúde Materna	354	308	14,94%
Planeamento Familiar	1.435	2.152	-33,32%
Domicílios	130	203	-35,96%
SAP	10.639	10.307	3,22%
Atividade de Enfermagem	56.240	57.947	-2,95%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 31 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Sabugal

Indicadores Globais – UCSP Sabugal	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	91,01%	92,96%	-2,10%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	149,15‰	157,92‰	-5,50%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	39,32%	38,57%	1,94%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	29,11%	18,82%	54,68%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	81,25%	80,76%	0,61%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	14,89%	5,17%	188,01%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	19,23%	13,33%	44,26%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	73,01%	73,51%	-0,68%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	168,25€	145,89€	15,33%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	29,59€	20,32€	45,62%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	6,14%	0,28%	2092,86%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	18,09%	13,21%	36,94%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	39,67%	33,58%	18,14%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	1,40%	1,28%	9,38%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	86,00%	91,67%	-6,19%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	11,54%	30,23%	-61,83%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)**Quadro 32 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Sabugal**

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Sabugal		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	24.924	24.519	1,65%
Saúde Infantil	988	983	0,51%
Saúde Materna	200	192	4,17%
Planeamento Familiar	797	320	149,06%
Domicílios	252	509	-50,49%
SAP	15.274	16.171	-5,55%
Atividade de Enfermagem	51.279	58.825	-12,83%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 33 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Seia

Indicadores Globais – UCSP Seia	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	85,69%	86,93%	-1,43%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	119,77‰	112,52‰	6,44%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	37,58%	34,68%	8,36%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	21,08%	15,87%	32,83%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	71,37%	70,60%	1,09%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	9,31%	6,14%	51,63%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	56,00%	51,78%	8,15%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	66,18%	65,67%	0,78%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	209,74€	212,53€	-1,31%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	44,28€	42,69€	3,72%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	17,03%	3,69%	361,52%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	2,48%	0,68%	264,71%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	26,59%	22,35%	18,97%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	0,99%	0,91%	8,79%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	75%	69,49%	7,93%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	25,00%	14,89%	67,90%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)**Quadro 34 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Seia**

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Seia		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	65.721	67.788	-3,05%
Saúde Infantil	5.320	5.165	3,00%
Saúde Materna	971	1.075	-9,67%
Planeamento Familiar	1.076	1.164	-7,56%
Domicílios	270	227	18,94%
Atividade de Enfermagem	68,975	71.073	-2,95%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 35 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da UCSP Trancoso

Indicadores Globais – UCSP Trancoso	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	91,35%	93,10%	-1,88%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	184,37‰	92,10‰	100,18%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	47,41%	46,41%	2,15%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	35,99%	31,64%	13,75%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	74,84%	73,40%	1,96%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	21,35%	21,48%	-0,61%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	44,79%	39,77%	12,62%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	67,62%	68,19%	-0,84%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	151,97€	133,94€	13,46%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	37,21€	25,42€	46,38%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	20,87%	5,54%	276,71%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	16,02%	14,93%	7,30%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	36,26%	40,79%	-11,11%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	0,42%	0,40%	5,00%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	92,50%	96,00%	-3,65%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	51,28%	68,42%	-25,05%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)**Quadro 36 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Trancoso**

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Trancoso		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	18.412	19.517	-5,66%
Saúde Infantil	1.540	1.657	-7,06%
Saúde Materna	253	334	-24,25%
Planeamento Familiar	424	303	39,93%
Domicílios	114	89	28,09%
SAP	14.939	14.285	4,58%
Atividade de Enfermagem	47.512	50.532	-5,98%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

Quadro 37 – Movimento Assistencial Detalhado – UCSP Vila Nova de Foz Côa

Movimento Assistencial Detalhado	UCSP Vila Nova de Foz Côa		
	2014	2013	$\Delta\%$ 2014/2013
Saúde de Adultos	14.293	-	
Saúde Infantil	1.045	-	
Saúde Materna	209	-	
Planeamento Familiar	138	-	
Domicílios	111	-	
Atividade de Enfermagem	549	-	

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

O movimento assistencial do quadro 37, diz respeito à UCSP de Vila Nova de Foz Côa relativo ao período de Maio a Dezembro (só faz parte da ULS a partir de Maio de 2014).

Os indicadores para os cuidados de saúde primários da UCSP de Vila Nova de Foz Côa, não ficaram disponíveis no SIARS.

Quadro 38 – Movimento Assistencial – Indicadores Globais da USF Ribeirinha

Indicadores Globais – USF Ribeirinha	2014	2013	Δ% 2014/2013
Eixo Nacional			
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	85,86%	87,55%	-1,93%
Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	127,3‰	110,10‰	15,62%
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	40,89%	40,71%	0,44%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos	54,12%	39,82%	35,91%
Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	98,87%	98,77%	0,10%
Proporção de mulheres de idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	33,24%	32,40%	2,59%
Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11;14] anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	28,57%	50,00%	-42,86%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	68,93%	67,49%	2,13%
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	128,87€	122,88€	4,87%
Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	25,82€	24,02€	7,49%
Eixo Regional			
Proporção de hipertensos com risco cardiovascular nos últimos 3 anos	57,56%	13,90%	314,10%
Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado	39,92%	10,41%	283,48%
Proporção de mulheres entre [25;60] anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	48,28%	50,71%	-4,79%
Proporção de utentes com diagnóstico DPOC com pelo menos 1 registo de avaliação nos últimos 3 anos	1,20%	1,04%	15,38%
Eixo Local			
Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	95,35%	96,59%	-1,28%
Proporção de crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado	75,00%	70,00%	7,14%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)**Quadro 39 – Movimento Assistencial Detalhado – USF Ribeirinha**

Movimento Assistencial Detalhado	USF Ribeirinha		
	2014	2013	Δ% 2014/2013
Saúde de Adultos	26.122	25.878	0,94%
Saúde Infantil	4.368	4.515	-3,26%
Saúde Materna	671	506	32,61%
Planeamento Familiar	1.891	2.022	-6,48%
Domicílios	464	370	25,41%
Atividade de Enfermagem	38.623	35.536	8,69%

Fonte: Relatório de Gestão da ULSG (2014)

3.6 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO E MELHORIA DA QUALIDADE

A Gestão de Desempenho é um conjunto de processos que visam estabelecer uma compreensão partilhada dos objetivos, bem como motivar os indivíduos, na perspetiva de aumentar as possibilidades de prossecução desses objetivos (Lupi e Gamelas, 2005).

Para o referido autor, o funcionamento eficaz da Gestão do Desempenho numa organização está dependente de vários fatores:

- ⇒ Dar formação a todos os que estão envolvidos no processo;
- ⇒ Realizar uma avaliação contínua do impacto da atividade.

Assim, poder-se-á saber se esta atinge os objetivos, se há necessidade de ser modificada, ou se deve ser utilizada em todas as situações e funções.

Segundo o mesmo autor é mais fácil culpar os indivíduos do que os sistemas da organização, esta abordagem não é benéfica para prevenir a recorrência da situação indesejada. Assim é frequente arranjar um culpado e ficar tudo na mesma, mantendo-se os processos e sistemas inapropriados.

Em contrapartida a correta gestão de desempenho assenta numa gestão proativa e aberta, que encoraje os profissionais e utentes a exprimir ideias e preocupações.

Cada vez mais os cidadãos têm consciência e coragem para exprimir as suas preocupações e reivindicar os direitos enquanto clientes/utentes dos serviços de cuidados de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (1983), define a qualidade clínica como a articulação de quatro elementos:

- ⇒ Desempenho profissional (avaliado pela sua qualidade técnica);
- ⇒ Eficiência no uso dos recursos;
- ⇒ Gestão de risco (onde se inclui a segurança do doente comumente designada "*patient safety*";
- ⇒ Índice de satisfação do doente.

Para Lupi e Gamelas (2005) qualidade na gestão clínica (*Clinical Governance*) consiste em assegurar uma melhoria contínua de qualidade de forma sustentada, o que só pode ser alcançado pelos esforços conscientes e determinados do pessoal clínico e não clínico com o apoio necessário da sua organização, para prestar cuidados com boas práticas.

O objetivo principal da qualidade é a “Eficiência Clínica”, para tal, é necessário obter melhorias no sistema de qualidade implementando o apoio apropriado que auxilie os indivíduos e a organização, para tal é necessário:

- ⇒ Formação e Desenvolvimento Profissional - Para garantir que a organização preste continuamente um serviço de alta qualidade é necessário que os indivíduos e equipas

tenham um conhecimento reconhecido, com competências e aptidões bem desenvolvidas para desempenhar as suas atribuições na organização de forma efetiva e eficiente.

⇒ Responsabilidade Profissional e Organizacional - É necessário estar dotados de conhecimentos, compreensão e aptidões para sustentar a responsabilidade profissional. Responsabilidade para implementar, monitorizar e avaliar os componentes chave da *Clinical Governance* quer ao nível Individual; Equipa; Organização.

Na ULS da Guarda os Cuidados de Saúde Primários, desenvolveram todos os esforços, tanto ao nível estrutural, organizacional, funcional e de recursos, tendentes a apoiar a concretização de todos os objetivos contratualizados.

Os sistemas de informação disponíveis, são um importante instrumento de apoio à prática clínica, na medida em que o seu correto e sistemático preenchimento permitem um melhor acompanhamento e monitorização dos indicadores, sendo por isso um item ainda a melhorar. Os indicadores que no geral apresentam valores que não atingiram as metas devem-se ao facto do incorreto registo dos dados pelos profissionais de saúde.

A constante avaliação dos registos, procedimentos e atividades realizadas, deve continuar a ser promovida, de forma a identificar os problemas e ou limitações e consequentemente, estudar estratégias de resolução, no sentido de garantir a melhoria da qualidade dos registos bem como contribuir para a otimização dos cuidados de saúde prestados.

Os resultados foram positivos em todas as unidades de saúde, demonstrando a preocupação e o propósito na melhoria dos cuidados de saúde a prestar à população e na melhoria dos indicadores contratualizados a nível nacional, regional e local.

Neste contexto, tem sido fundamental o acompanhamento pelo Conselho de Administração e pelo GEPAG, de reuniões mensais com os Coordenadores de todas as Unidades de Saúde, onde são analisados os relatórios de monitorização com as atividades assistenciais e indicadores contratualizados. São também analisados os constrangimentos (principalmente falta de recursos humanos), sentidos pelas equipas de profissionais, para juntos poderem resolver os obstáculos.

Também se deve continuar a melhorar a articulação com os cuidados hospitalares, principalmente no que respeita à alta hospitalar e ao plano de saúde subsequente.

Existe uma grande vontade individual e de todas as equipas de fazer mais e melhor, um trabalho esforçado, continuado, duradouro e com ganhos em saúde, junto da toda a população.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se atualmente que as organizações de saúde em Portugal no Setor Público, vivem dias diferentes, sofrendo grandes alterações na sua estrutura organizacional.

As Unidades de Saúde no Setor Público, terão que se adaptar aos novos sinais e os seus gestores terão que interiorizar novos conceitos, como por exemplo: “Satisfação”, “Avaliação”, “Contratualização”, “Outsourcing”, entre muitos outros.

Estamos perante um novo momento histórico, vivendo numa época de grandes mudanças, onde a concorrência é cada vez maior, onde os doentes/utentes/clientes têm cada vez mais conhecimentos sobre Saúde assim como consciência dos seus direitos.

As instituições são formadas por pessoas que, inseridas na organização e através das suas capacidades técnicas, aptidões e motivações, orientam a sua capacidade de modo a alcançar determinados objetivos pessoais e institucionais.

Os recursos humanos constituem o fator de desenvolvimento por excelência dos Centros de Saúde e Hospitais. Com o auxílio de meios materiais e técnicos, compete aos recursos humanos a prestação de cuidados de saúde com qualidade à população.

Exige-se cada vez mais a procura da melhoria do desempenho operacional e organizacional. Saliente-se a necessidade de os recursos humanos se sentirem motivados e valorizados como pessoas dentro da organização.

Torna-se necessário que as organizações do setor públicas sejam mais competitivas e que o utente perceba isso facilmente. A satisfação do utente é o grande objetivo das organizações de saúde e para isso torna-se necessário prestar cuidados de saúde de excelência.

O primado do cliente permite às organizações gerir os seus serviços, procurando responder e de preferência superar as expetativas dos seus utentes.

As Unidades Locais de Saúde constituem um meio de facilitar a ligação entre os centros de saúde e os hospitais, já que lhes compete assegurar a continuidade de cuidados, devendo estes constituir uma rede hierarquizada. A consecução destes objetivos impõe, entre outras medidas, uma articulação efetiva entre os serviços dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde e uma boa relação entre as várias instituições e os diferentes profissionais.

Os gastos em despesas de saúde no setor público, têm tido um incremento muito maior que o do rendimento, pelo que exige uma muito melhor gestão dos recursos disponíveis.

Face aos monstruosos défices no setor público da saúde, surge a necessidade de novas orientações estratégicas e novos modelos de gestão.

Considera-se que deverá ser concretizada a conciliação de instrumentos de desburocratização e da melhor utilização e agilização dos recursos.

A necessidade da Contratualização, prende-se com o objetivo de uma melhor utilização dos recursos públicos para a saúde, zelando pelos interesses de quem custeia os cuidados de saúde, pelo estabelecimento de compromissos operacionalizáveis por um processo de contratualização; estão aí implícitos a fixação de objetivos, a monitorização, a existência de Plano de Atividades, negociação de carteira de serviços, a responsabilização dos dirigentes, colaboradores e a avaliação final.

Dadas as especificidades do setor público, torna-se desejável que os resultados contabilísticos não sejam uma obsessão, pois prestar cuidados de saúde de excelência abrange respeito pelas dimensões éticas do indivíduo, diga-se do doente/cliente.

Através da gestão clínica, as organizações de saúde responsabilizam-se pela melhoria contínua da qualidade e pela salvaguarda de padrões de elevada qualidade de cuidados. Para se chegar a esse ponto implica um esforço contínuo de toda a equipa, cuja avaliação, monitorização e procura de soluções são constantes e evidenciáveis.

Com a continuação do estímulo e dedicação de todos os colaboradores de todas as Unidades Funcionais da ULS da Guarda e com o recurso a sinergias e a economias de escala constantes, prosseguiremos com o desenvolvimento e mudanças organizacionais, no pressuposto da concretização de melhor acesso e desempenho assistencial e da obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para a comunidade, e consequentemente para a região.

Em termos de conclusão pode dizer-se que os objetivos da boa governação são o de permitir que a organização realize o mais eficiente a sua missão.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, Pires (2003), Manual de: *Programa Avançado em Gestão Hospitalar – Contratualização de Prestações em Saúde: Gestão Empresarial Hospitalar* – INDEG – Ministério da Saúde – Business School ISCTE.

Barros, Pedro Pita, (2005): **“Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos”**, Edições Almedina SA, Coimbra.

Biscaia A. M., (2005), **“Cuidados de Saúde Primários em Portugal”** – Grande Prémio Fundação Astrazeneca 2005.

Biscaia A. M., (2008), **“Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos”** – Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Correia, (2005), **“Indicadores de desempenho económico na saúde”** – Revista Qualidade em Saúde n.º23 Dezembro in www.iqs.pt.

Costa, (2005), **“Avaliação do desempenho dos Hospitais S.A.”** – Escola Nacional de Saúde Pública.

Eiriz, V. e Figueiredo, J. (2006): **“Dimensões de Análise da Competitividade Hospitalar em Portugal”**, Revista Portuguesa de Gestão & Saúde, SPGS – Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde, Junho.

Escoval, Ana (1999), **Sistemas de Financiamento da Saúde – Análise e Tendências** – Dissertação Para a Obtenção do Grau de Mestre em Ciências Empresariais, apresentada ao Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa, Edição de Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa.

Ferreira, F.A.G. (1989): **“Sistemas de Saúde e seu Funcionamento – Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo: o Caso Particular de Portugal”**, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Ferreira, (2006): **“Ganhos em Saúde em doentes com cataratas”**, Notas Económicas Junho de 2006.

Folan, P. e Browne, J. (2005), **“A Review Of Performance Measurement: Towards Performance Management, Computers in Industry”**, Vol. 56, pp. 663 680.

Franco, M.J. (1995): **“A Cooperação entre Empresas como meio de Redimensionamento e Reforço da Competitividade das PME o Caso da Região da Beira Interior”** Dissertação de Tese de Mestrado em Gestão.

Franco, M.J. (2006): **“O Conhecimento em Rede como um Novo Paradigma dentro das Organizações: Definição, Tipologia e Modelo de Análise”**, comunicação apresentada e publicada no livro de Actas do 4º Congresso Nacional da Administração Pública – *Novos Modelos de Administração Pública*, 2 e 3 de Novembro de 2006, Instituto Nacional de Administração (INA), Centro de Congressos da Associação Industrial Portuguesa (AIP), Lisboa.

Frederico, M. e Leitão, M. (1999): **“Princípios de Administração para Enfermeiros”**, Coimbra Formasan ISBN 972-8485-09-3.

Gomes, Amado Carla (s/d). **“Defesa da Saúde Pública, Liberdade Individual, casos da vida de um médico de saúde pública”**, Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa.

Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2010). Relatório **“Tempos decisivos SNS proximidade com qualidade – Da necessidade de um novo modelo de governança para a reforma dos cuidados de saúde primários”**. Lisboa: Ministério da Saúde.

Lupi e Gamelas (2005): Seminário **“Gestão da Mudança em Saúde”**, Coimbra, 5 de Março.

Manteigas, V., (2006): **“As técnicas de análise de custo-efetividade e custo-utilidade no âmbito da saúde”**. Curso de Mestrado de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Publica.

Matias, Álvaro, (1995): **“O Mercado de Cuidados de Saúde”**, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Banco de Portugal/Escola de Turismo do Estoril.

Ministério da Saúde (1998) – Direcção-Geral da Saúde – **“O Hospital Português”**.

Ministério da Saúde (2004) – Plano Nacional de Saúde – Prioridades para 2004-2010 **“Mais Saúde para Todos”**, Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2010) - “Reforma dos Cuidados de Saúde Primários” – Nota informativa sobre o Novo Modelo de Governação”. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2014) - “**Bilhete de Identidade dos Indicadores Contratualizados dos Cuidados de Saúde Primários**”, ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, Fevereiro 2014.

Ministério da Saúde (2014) - “*Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no Ano 2014*”, ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, Janeiro 2014.

Ministério da Saúde (Revisão de 1999) - Saúde um Compromisso – “*A Estratégia da Saúde para o virar do Século (1998-2002)*”.

MCSP (2006) - “**Linhas de Ação prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários**” Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Lisboa: Ministério da Saúde.

OPSS (2006) - “*Relatório de Primavera 2006*”, Um Ano de Governação em Saúde: *Sentidos e Significados*, Observatório Português dos Serviços de Saúde.

Operacionalização da Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários (2014). Lisboa: Ministério da Saúde.

Pisco, L. (2007), (enquanto coordenador da MCSP). “**Criação de agrupamentos de centros de saúde.**” – Palestra sobre reforma dos cuidados de saúde primários.

Portugal, (1998), “**Conselho de Reflexão sobre a Saúde.**”

Resolução do Conselho de Ministros n.º157/2005, de 12 de Outubro, Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, 1.ª Série B – N.º196 de 12 de Outubro de 2005.

Silva, C.A. e Fialho J. (2006) - “**Redes de Formação Profissional. Uma dinâmica de participação e cidadania**”, *Redes – Revista hispana para el análisis de redes Sociales*, Vol.11, Nº 6, Diciembre.

Simões, J. (2004) - Retrato Político da Saúde – “**Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**” – Prefácio de António Correia de Campos – Edições Almedina.

ULSG (2014) - “**Relatório de Gestão 2014**”, <http://ulsguarda.min-saude.pt>.

ULSG (2014) - “**Regulamento Interno**”, <http://ulsguarda.min-saude.pt>.

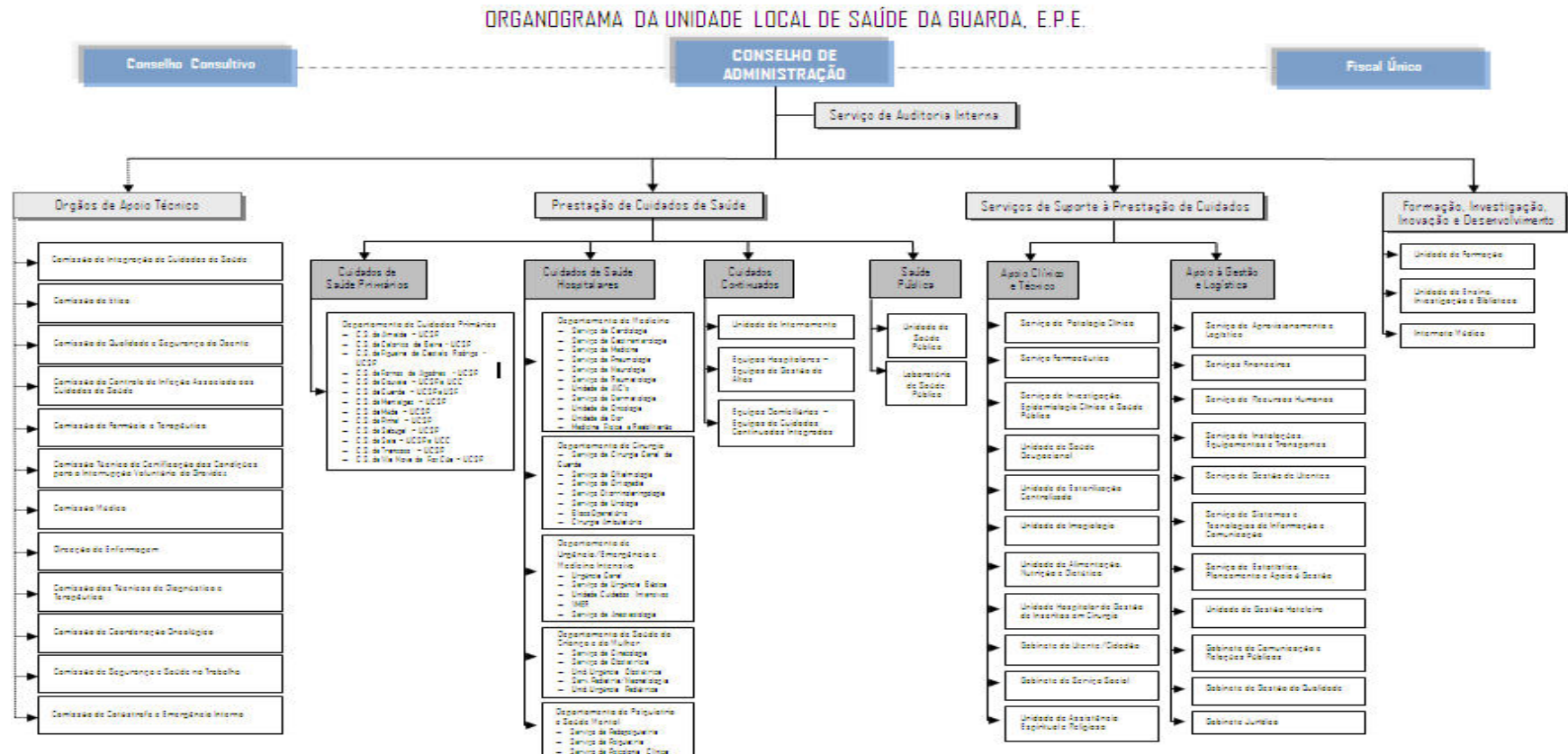
Legislação Complementar

- Decreto-Lei n.º413/71, publicado DR n.º228, de 27 de Setembro de 1971.
- Despacho Normativo n.º97/83, publicado no DR n.º93 de 22 de Abril.
- Decreto-Lei n.º 11/93, publicado no DR n.º12, de 15 de Janeiro.
- Decreto-Lei n.º374/99, publicado no DR n.º219, de 18 de Setembro.
- Decreto-Lei n.º157/90, publicado DR n.º108, de 10 de Maio de 1990.
- Decreto-Lei n.º156/90, publicado DR n.º108, de 10 de Maio de 1990.
- Portaria n.º288/99, publicado DR n.º98, de 27 de Abril de 1999.
- Decreto-Lei n.º272-292, publicado DR n.º284 e 285, de 9 e 10 de Dezembro de 2003.
- Decreto-Lei n.º60/2003, publicado DR n.º77, de 1 de Abril de 2003.
- Decreto-Lei n.º309/2003, publicado DR n.º284, de 10 de Dezembro de 2003.
- Decreto-Lei n.º281/2003, publicado DR n.º259, de 08 de Novembro de 2003.
- Decreto-Lei n.º60/2003, publicado DR n.º77, de 01 de Abril de 2003.

ANEXO I

ORGANOGRAMA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, EPE

Figura 2 – Organograma da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE



Fonte: Página Eletrônica da ULSG